

Saara Söderlund

DIALOGI JA POTILASTURVALLISUUS LEIKKAUSSALISSA

Opinnäytetyö
Terveysten edistäminen YAMK

2018



Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu

Tekijä Saara Söderlund	Tutkinto Terveystieteen edistäminen (YAMK)	Aika Huhtikuu 2018
Opinnäytetyön nimi Dialogi ja potilasturvallisuus leikkaussalissa		66 sivua 44 liitesivua
Toimeksiantaja Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä Carea		
Ohjaaja Katri Rissanen		
Tiivistelmä <p>Tilastojen mukaan potilasvahinkoilmoitusten määrä on ollut jatkuvassa nousussa. On arvioitu, että puolet leikkaussalissa tapahtuvista hoitovahingoista johtuu inhimillisistä tekijöistä ja olisivat estettävissä. Tulevaisuudessa nähdään, että leikkaussalin henkilöstön on potilasturvallisuuden ja tehokkuuden kannalta jatkuvasti kehitettävä toimintaansa. On kehitettävä uusia toimintatapoja, joilla näihin haasteisiin vastataan. Carean toteuttaman asiakkuuskoulutuksen avulla pyritään vastaamaan näihin haasteisiin dialogisuuden, yhteisten pelisääntöjen ja työhyvinvoinnin keinoin sekä luomalla osaamisen ja uudistumisen ilmapiiri.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Kymenlaakson keskussairaalan leikkaussalin sairaanhoitajien asenteita ja dialogisuuden merkitystä leikkaussalin potilasturvallisuuteen sekä selvittää Carean toteuttaman asiakkuuskoulutuksen merkitystä sairaanhoitajien toimintaan leikkaussalissa.</p> <p>Tutkimuksen aineisto kerättiin pitkittäistutkimuksena kahden ensimmäisen asiakkuuskoulutuskerran jälkeen sähköisenä Webropol-kyselynä kesä-elokuussa 2017 sekä joulukuussa 2017 – helmikuussa 2018. Tutkimus toteutettiin sähköpostikyselynä leikkaussalin sairaanhoitajille. Vastausprosentti ensimmäisessä kyselyssä oli 70 ja toisessa 37. Tulokset analysoitiin kvantitatiivisesti ja tutkimuslomakkeen lopun kokonaisuutta täydentävät avoimet kysymykset sisällönanalyysin avulla.</p> <p>Tutkimustulosten mukaan leikkaussalin sairaanhoitajat kokevat potilasturvallisuuden hyvin tärkeäksi osaksi työtään. Kiire ja hätäily sekä tarkistuslistan täyttöön liittyvä huono sitoutuminen nousivat keskeisiksi potilasturvallisuutta heikentäviksi tekijöiksi. Arvostuksen, kunnioituksen ja kuulluksi tulemisen tarve työyhteisössä tulivat myös vahvasti esiin. Tuloksista nousi esiin neljä potilasturvallisuuteen liittyvää käsiteloukkaa, fyysinen ja sosiaalinen työympäristö, kommunikointitaidot sekä ammatillinen osaaminen.</p> <p>Tutkimuksesta saatua tietoa voidaan käyttää potilasturvallisuuden parantamisessa ja kehittämisessä Kymenlaakson keskussairaalan leikkaussalissa sekä jatkotutkimuksen pohjana.</p>		
Asiasanat dialogi, dialogisuus, vuorovaikutus, sosiaaliset taidot, leikkausosaston hoitotyö, potilasturvallisuus, hiljainen tieto		

Author (authors)	Degree	Time
Saara Söderlund	Degree Programme of Health Promotion	April 2018
Thesis Title		
Dialog and patient safety in the operating theatre		66 pages 44 pages of appendices
Commissioned by		
Kymenlaakso Social and Health Services Carea		
Supervisor		
Katri Rissanen		
Abstract		
<p>According to statistics, the number of patient claim notifications has been constantly rising. It has been estimated, that half of the malpractices in the operating room are due to human error and could be prevented. In the future, operating room personnel need to improve constantly in order to guarantee efficiency and patient safety. New processes to tackle these challenges must be created. The Carea client trainings were started as a way to meet the new requirements by means of better dialog and communication, common rules and well-being at work.</p> <p>The purpose of this thesis was to determine the attitudes of nurses in the Kymenlaakso Central Hospital operating room, the importance of dialogic communication in the operating room patient safety, and the significance of client training offered by Carea in the nurses' actions and behavior inside the operating room.</p> <p>The data for this thesis was gathered in longitudinal study using electronic Webropol surveys after the first two client training sessions. The first survey took place in June-August 2017 and the second in December 2017-February 2018. The answers were processed with a quantitative analysis and the supplemental open-ended questions a content analysis.</p> <p>The study shows that operating room nurses see patient safety as a very important part of their job. Hurry and haste as well as poor commitment to the usage of checklists were the most common elements of patient negligence. The need for appreciation, respect, and two-way communication in the work community were strongly emphasized. Four main contributors to patient safety can be found in the study; physical and social working environment, communication skills and professional competence.</p> <p>The results of this study may be used in improving and developing patient safety in the Kymenlaakso Central Hospital operating room as well as a basis for further research.</p>		
Keywords		
Dialogue, Dialogic Communication, Operating Theatre, Operation Room, Patient Safety		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TUTKIMUKSEN KESKEISET KÄSITTEET	8
2.1	Kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen.....	8
2.2	Työskentely leikkaussalissa.....	9
2.3	Potilasturvallisuus	10
2.4	Potilasturvallisuus leikkaussalissa	13
2.5	Leikkaussalin potilasturvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä	15
2.5.1	Moniammatillinen tiimityö	16
2.5.2	Ilmapiiri.....	17
2.5.3	Luottamus	18
2.5.4	Raportointi.....	18
2.5.5	Tarkistuslistat	19
2.6	Dialogisuus	22
2.7	Motivaatio dialogisuuden osana	24
2.8	Dialogin, rakentavan kommunikoinnin merkitys leikkaussalissa.....	24
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE SEKÄ TUTKIMUSKYSYMYKSET	28
4	TUTKIMUSMENETELMÄT	28
4.1	Tutkimukseen osallistujat.....	29
4.2	Aineiston hankinta	30
4.3	Aineiston analyysi.....	31
5	TULOKSET	32
5.1	Sairaanhoitajien asenteet leikkaussalin potilasturvallisuuteen	32
5.2	Dialogin toteutuminen leikkaussalissa sairaanhoitajien kokemana	37
5.3	Sairaanhoitajien kokemukset dialogin vaikutuksesta potilasturvallisuuteen	41
5.4	Leikkaussalisairaanhoitajien näkemykset työyksikön potilasturvallisuudesta	43
6	POHDINTA.....	47
6.1	Tulosten tarkastelu	47

6.2	Tutkimuksen luotettavuus	55
6.2.1	Opinnäytetyön validiteetti	57
6.2.2	Opinnäytetyön reliabiliteetti	58
6.3	Tutkimuksen objektiivisuus ja eettisyys	58
6.4	Johtopäätökset	61
6.5	Jatkotutkimusaiheet	61
LÄHTEET		63

LIITTEET

Liite 1. Tiedonhaku tietokannoista

Liite 2. Leikkaussalin potilasturvallisuus ja dialogi -tutkimuksia

Liite 3. Kyselylomake

Liite 4. Tulokset taulukoituina

Liite 5. Ristiintaulukoinnit

Liite 6. Avointen kysymysten sisällönanalyysi

1 JOHDANTO

Potilasvakuutuskeskuksen (PVK) tilastojen mukaan potilasvahinkoilmoitusten määrä on ollut jatkuvassa nousussa. Vuonna 2011 niitä tehtiin 7735, kun vuonna 2016 niitä oli jo 8834. Potilasvakuutuksesta näistä korvattaviksi ratkaistiin noin 30 % saapuneista ilmoituksista, joista suurin osa, reilu 90 %, johtui potilaalle tapahtuneesta hoitovahingosta leikkaustoimenpiteessä. Hieman alle 6 % korvattavista vahingoista johtui infektiosta ja vain noin 1 % tapaturmasta. Vuonna 2015 maksettu korvaussumma oli 41,2 miljoonaa euroa, joka kasvaa vuosittain. Paitsi suuria korvausmenoja, potilasvahingot aiheuttavat paljon inhimillistä kärsimystä. (PVK 2016.) On arvioitu, että noin puolet leikkaussalissa tapahtuvista hoitovahingoista johtuu inhimillisistä tekijöistä ja ne olisivat estettävissä. Tämä vaatii muutoksia järjestelmissä sekä yksilöllisessä käyttäytymisessä. (Karma ym. 2016, 8 - 11.)

Vuorovaikutus leikkaussalissa korostuu moniammatillisessa tiimityössä, joka parhaimmillaan on saumatonta yhteistyötä. Siinä yhdistyvät eri ammattiryhmien tiedot ja taidot potilaan parhaaksi niin hoidon laadun kuin potilasturvallisuudenkin näkökulmasta turvallisen hoitoympäristön luomisena ja ylläpitämisenä. Tiimityön etuina voidaan pitää tiedon jakamista, ammattitaidon ja yhteisvastuullisuuden kehittymistä sekä tiimin jäsenten tuttuutta. Tutussa tiimissä toimintatavat vakiintuvat, osaaminen täydentää toisiaan sekä luottamus ja työtyytyväisyys kehittyvät. (Karma ym. 2016, 19.)

Tulevaisuudessa nähdään, että leikkaussalin henkilöstöllä on potilasturvallisuuden ja kustannustehokkuuden kannalta jatkuvasti uudistuttava. On kehitettävä uusia toimintatapoja, joilla näihin haasteisiin vastataan. Paitsi lääketieteellisen teknologian nopean kehittymisen mukanaan tuomat haasteet, haasteita tulevaisuudelle tuovat myös moniammatillisuuden kehittäminen, asiantuntemuksen laajentaminen sekä koko toiminnan joustavoittaminen. (Lukkari ym. 2016, 417.)

”Dialogi on maailmanhistorian ensimmäinen työtaistelu, jossa työntekijät ja työnantajat ovat samalla puolella, paremman työelämän puolesta” (Piha & Poussa 2012, 13). Dialogi tarkoittaa keskustelua, vuoropuhelua tai laajemmin merkityksen virtausta, vaativaa vuorovaikutusta. Dialogi on yhdessä ajattelua

ja aitoa kuuntelemista, joka onnistuu, jos kaikki osallistuvat siihen työtehtäväs-
tä riippumatta. Perusta on luottamuksellisessa ja arvostavassa vuoropuhelus-
sa yli ammatti- ja statusrajojen. Ydinajatus on ymmärtää, että jokaisella ihmi-
sellä on omanlaisensa totuus ja näkökanta käsiteltävään asiaan ja juuri tämä
erilaisuus tuo mahdollisuuden kehittymiseen ja uuden oppimiseen. Dialogin
avulla on tarkoitus herättää oivalluksia, joiden avulla voidaan kehittää uutta
toimintamallia ja -tapaa työyhteisöön. Se on molemmin puolista hyväksymistä
ja arvostamista, jossa uskalletaan olla asioista eri mieltä ja juuri se avaa uusia
polkuja työn kehittämiseksi. Se on yhdessä ajattelua ja oman ymmärtämisen
laajentamista niin, että aidosti yritetään ymmärtää toisen osapuolen näkemyk-
siä. Dialogi tuottaa osapuolten yhteisen tuotoksen, joka ei ole kummankaan
omaa. Tärkeää on myös aito kuunteleminen, joka puolestaan vaatii läsnäoloa
juuri siinä hetkessä. Aidosti kuuntelemalla pyritään ymmärtämään puhujan
näkökulmaa. (Kupias ym. 2011, 125, 128 - 129; Ahonen & Lohtaja-Ahonen
2011, 34 - 35.)

Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä, Careassa,
työskentelevälle henkilöstölle aloitettiin keväällä 2017 koulutuskokonaisuus
organisaation strategian jalkauttamiseksi, jonka päätavoitteena oli saavuttaa
paras asiakaskokemus vastuullisella yhteistyöllä. Tavoitteena oli, että jokainen
koulutuksen käynyt pystyisi rakentamaan ja kehittämään vastuullista yhteis-
työtä ja parasta mahdollista asiakaskokemusta. Koulutus piti sisällään kolme
koulutuskertaa puolivuositain. Se koostui kolmesta eri teemasta: arvostava
carealainen toimintakulttuuri, asiakastarpeiden mukaiset kehittyvät toiminnot
sekä yksilön vastuu osaamisen jatkuvasta uudistamisesta. Osana ohjelmaa
tarkoitus oli luoda henkilöstölle arvostava carealainen toimintakulttuuri dialogi-
suuden, yhteisten pelisääntöjen ja työhyvinvoinnin avulla sekä luoda osaami-
sen jatkuvaa uudistamista ja turvaamista. (Punkanen 2017.)

Syksyllä 2016 Careassa toteutetun henkilöstökyselyn mukaan työntekijät ko-
kivat pystyvänsä vaikuttamaan hyvin vähän työhönsä ja kärsivän informaation
puutteesta sekä huonosta johtamisesta. Tuntui, että työn tekemisestä saneltiin
ylhäältä käsin. Työntekijöillä oli tarve kehittää työtään ja dialogisuus tuotiin
tukemaan tätä tarvetta sekä auttamaan arkipäivän työn tekemisessä. Ajatus
oli lisätä yhteisöllisyyttä, motivaatiota, työhyvinvointia ja vuorovaikutusta sekä
yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä. (Niiranen 2017.)

Suomessa potilasturvallisuus on hyvin ajankohtainen asia ja sen tutkimus on viime vuosina ollut kovassa kasvussa. Tätä opinnäytetyötä tehdessä ilmeni, että potilasturvallisuudesta on kuitenkin tehty melko vähän tutkimusta, joka kohdentuisi erityisesti leikkaussaliin ja sen potilasturvallisuuteen. Tässä opinnäytetyössä on tarkoitus selvittää kyselyn avulla leikkaussalin sairaanhoitajien asenteita ja dialogin merkitystä leikkaussalin potilasturvallisuuteen sekä selvittää Carean toteuttaman asiakkuuskoulutuksen merkitystä sairaanhoitajien toimintaan leikkaussalissa.

2 TUTKIMUKSEN KESKEISET KÄSITTEET

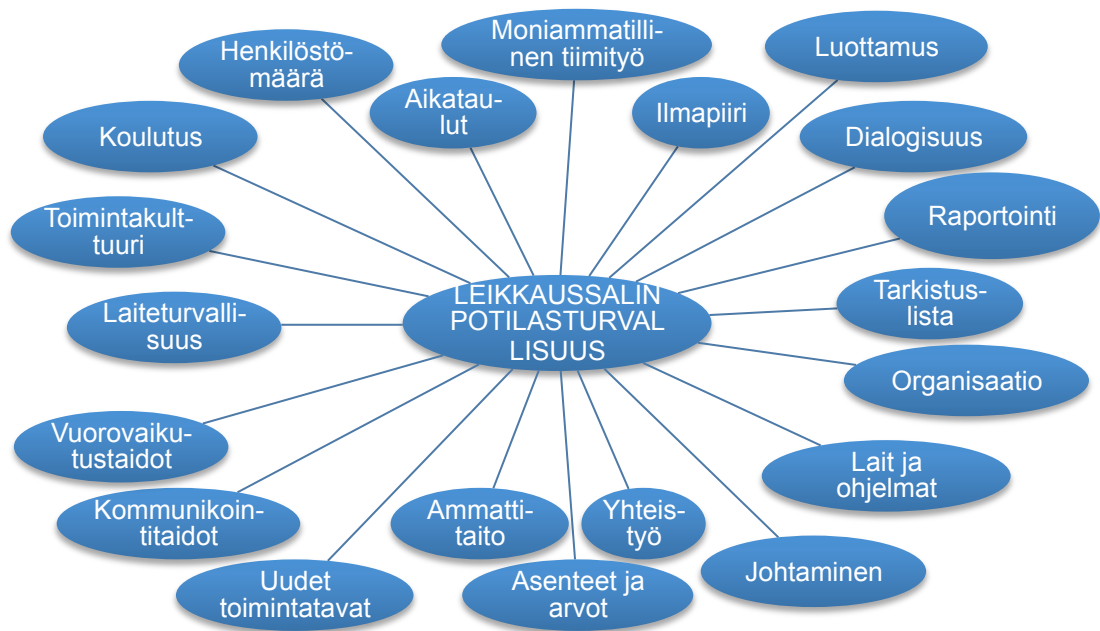
2.1 Kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen

Aikaisempi tutkimustieto kartoitettiin systemaattisella kirjallisuuskatsauksella. Sen tarkoituksena on näyttää näkökulmat ja aikaisemmat tutkimusasetelmat opinnäytetyön aiheesta sekä se, miten tämä opinnäytetyö kytkeytyy jo olemassa oleviin tutkimuksiin (Hirsjärvi ym. 2010, 121).

Ennen tutkimusten etsimistä, tutkimusaihetta rajattiin MindMapiin, joka auttoi hahmottamaan, mitä aiheeseen todella liittyy. Tutkimustietoa haettiin kirjallisuuskatsauksella potilasturvallisuudesta, vuorovaikutuksesta ja dialogisuudesta erityisesti leikkaussalissa. Suomenkielisinä hakusanoina olivat dialogi, dialogisuus, vuoropuhe, vuorovaikutus, vuorovaikutustaidot, leikkaussali, potilasturvallisuus ja hiljainen tieto. Englanninkielisinä hakusanoina olivat dialogue, dialogic communication, operating theatre, operation room ja patient safety erilaisin yhdistelmin. Dialogi ja vuorovaikutus on rajattu tässä tutkimuksessa koskemaan ainoastaan sairaanhoitajien keskinäistä, sairaanhoitajien ja palvelupäälliköiden sekä sairaanhoitajien ja lääkäreiden välistä kommunikointia ja sen ulkopuolelle on rajattu kommunikointi ja vuorovaikutus potilaan kanssa. Tietokantoina käytettiin Melinda-, Cinahl-, Medic-, Pubmed- ja Science Direct-ohjelmia. Tiedonhaku tietokannoista on kuvattu liitteessä 1. Tutkimuksia löytyi lopulta 12, jotka luettiin kaikki läpi ja taulukoitiin (liite 2). Google-hakua ja Kaakkuri.fi- ja Kyyti.fi-kirjastopalveluja käytettiin lisäksi apuna tiedonhaussa. Kirjallisuuskatsauksessa käytettiin tukena myös muuta aiheeseen liittyvää kirjallisuutta ja artikkeleita, sillä vaikka aihe on laaja, sitä on hyvin vähän sovellettu leikkaussaliympäristöön. Hankaluutta katsauksen tekemiselle aiheutti se,

että kaikkia aiheeseen sopivia tutkimuksia ei saanut luettavaksi koko versioina, jolloin tieto tutkimuksesta jäi pelkälle otsikkotasolle tai artikkeleiden alkuperäisiä lähteitä ei löytynyt.

Tämän tutkimuksen keskeisiä käsitteitä ovat moniammatillinen tiimityö, leikkaussali, potilasturvallisuus, dialogi, dialogisuus ja vuoropuhe. Leikkaussalin potilasturvallisuuteen liittyviä käsitteitä on kerätty kuvaan 1.



Kuva 1. Leikkaussalin potilasturvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä

2.2 Työskentely leikkaussalissa

Leikkaussali työympäristönä on todella dynaaminen, monimutkainen ja jatkuvasti kehittyvä ja vaatii laajaa ammatillista pätevyyttä, jossa korostuvat moniammatillisuus, tiimityötaidot ja riskien hallinta. Työympäristö on tekninen ja inhimilliset osaamisvaatimukset ja toimintasäännöt ovat kaikilla ammattiryhmillä hyvin tarkat. Tilanteet leikkaussalissa voivat muuttua hyvinkin nopeasti ja se vaatii työntekijältä hyviä ammatti-, kommunikaatio- ja vuorovaikutustaitoja. (Karma ym. 2016, 8 - 11, 19; Paige & Chauvin 2008, 98; Pinheiro & Uva 2015, 108.) Työpäivät ovat usein raskaita ja sisältävät suuria työmääriä sekä tehokasta ajankäyttöä. Moniammatillinen työtiimi koostuu useimmiten kirurgista, assistentista, instrumentti- ja valvovasta hoitajasta sekä anestesia- ja anestesialääkäristä ja -hoitajasta. Lisäksi työtä tehdään myös lääkintävahtimestareiden, kättilöiden, laboratorinhoitajien sekä röntgenin työntekijöiden kanssa. Tiimit eivät ole

päivästä toiseen samoina, vaan muuttuvat usein jopa yhden työvuoron aikana. (Kaldheim & Slettebo 2016, 1892 - 2686.)

Leikkaussalitoiminnan kulmakivenä on potilasturvallisuus, joka sisältää kaikki ne periaatteet ja toiminnot, joilla varmistetaan hoidon turvallisuus ja potilaan suojaaminen vahingoilta. Leikkaussalin potilasturvallisuus koostuu useasta eritekijästä ja leikkaussalitoiminnan monivaiheisuuden takia, potilasturvallisuus voi vaarantua monessa eri vaiheessa. Sitä pyritään turvaamaan toistuvilla erilaisilla tarkistuksilla sekä yhteistoiminnalla ammattiryhmien välillä. (Karma ym. 2016, 8 - 11, 19.)

2.3 Potilasturvallisuus

Sosiaali- ja terveysministeriön (2018) mukaan potilasturvallisuus on keskeinen osa hoidonlaatua. Se on viime vuosina noussut yhdeksi keskeisistä kansainvälisistä ja kansallisista kehittämiskohteista, sillä potilasturvallisuuden ongelmat aiheuttavat paljon haittaa ja kärsimystä (Terveiden- ja hyvinvoinnin laitos 2011, 4). Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä Carean ensimmäinen potilasturvallisuussuunnitelma on hyväksytty 2013 ja se on päivitetty laadunhallinnan ja potilas- ja asiakasturvallisuuden suunnitelmaksi 2015 - 2017. Sen pohjana on valtakunnallinen Potilas- ja asiakasturvallisuuden toimintaohjelma vuosille 2015 - 2020. Carean näkökulmina ovat toimintakulttuuri, vastuu, johtaminen ja säädökset ja tavoitteena on, että vuoteen 2020 mennessä laatu sekä potilas- ja asiakasturvallisuus ovat toiminnan rakenteissa ja näkyvät käytännön toiminnassa, palvelut ovat turvallisia ja vaikuttavia. (Carea 2017, 2.)

Potilasturvallisuuteen alettiin Suomessa kiinnittämään enemmän huomiota vuonna 2009, jolloin laadittiin potilasturvallisuusstrategia ja vuonna 2011 tuli voimaan potilasturvallisuusasetus. Terveiden- ja hyvinvoinnin laitoksen potilasturvallisuutta taidolla -ohjelma kohdentui vuosille 2011 - 2015 ja sen tavoitteena oli potilasturvallisuuden kehittäminen niin, että vuoteen 2020 mennessä hoidon aiheuttamien kuolemien ja haattatapahtumien määrä puolittuisi. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2011.)

Sosiaali- ja terveysministeriön laatiman potilas- ja asiakasturvallisuuden toimintaohjelman vuosille 2015 - 2020 tavoitteena tällä hetkellä on, että palvelut ovat vaikuttavia ja turvallisia sekä potilas- ja asiakasturvallisuus on koko toiminnan rakenteissa ja näkyy käytännössä. Tähän pyritään pääsemään hyvällä resursoimisella, osaamisen varmistamisella, riskien hallinnalla sekä turvallisuuden arvioimisella ja vaaratapahtumien tutkimisella ja niistä oppimisella. Tähän sisältyy turvallisuuskulttuurin säännöllinen arviointi. Ohjelmassa korostetaan yhdessä tekemistä laadun ja turvallisuuden parantamiseksi, mutta myös potilaan ja omaisten rooli muuttuu aktiivisemmaksi potilasturvallisuuden varmistamisessa ja kehittämisessä. (Keistinen & Mäntyranta 2015.)

Potilasturvallisuus määritetään Suomessa terveydenhuoltolaissa (2010/1326, 1. luku 8. §). Sen mukaan: ”Terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näytöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. - - Terveydenhuollon toimintayksikön on laadittava suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Suunnitelmassa on otettava huomioon potilasturvallisuuden edistäminen yhteistyössä sosiaalihuollon palvelujen kanssa”. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen (2017) mukaan potilasturvallisuus on, että potilas saa tarvitsemansa hoidon oikeaan aikaan ja oikealla tavalla niin, että siitä aiheutuu hänelle mahdollisimman vähän haittaa. Siihen kuuluu hoidon- ja lääkehoidon turvallisuus sekä lääkinnällisten laitteiden laiteturvallisuus. Myös laki potilaan asemasta (1992/785) ja oikeuksista määrittelee potilaan oikeuden hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä siihen liittyvään kohteluun.

Potilasturvallisuus on ensisijainen arvo sairaanhoidossa. Se on monitahoinen ilmiö terveydenhuollossa ja haasteellista toteuttaa, sillä siihen kytkeytyy kaikkien eri tahojen toiminta ja siihen on huomioitava monia eri näkökulmia monimutkaisessa toimintaympäristössä. Siihen vaikuttavat itse organisaatio, henkilökunnan asenteet ja arvot sekä myös itse potilas. Potilasturvallisuuden laajempi käsite on organisaation potilasturvallisuuskulttuuri, jolloin potilasturvallisuutta pidetään aitona arvona ja mielletään monimutkaiseksi ja systeemiseksi ilmiöksi, josta kannetaan vastuu ja ollaan valppaana erilaisia riskejä kohtaan. Potilasturvallisuuskulttuuri on organisaation, henkilökunnan sekä potilaan yhteinen toimintakokonaisuus, jonka tavoitteena on, että potilas saa turvallista ja

laadukasta hoitoa ilman ongelmia. Tavoitteen saavuttaminen vaatii organisaatiossa avoimen, myönteisen ja kehityksellisen ilmapiirin. (Ugur ym. 2016, 595; Varis 2011, 47.)

Vaaratapahtumissa potilasturvallisuus vaarantuu niin, että potilaalle joko aiheutuu tai ei aiheudu haittaa. Läheltä piti -tilanteessa haittaa ei tapahdu, mutta tilanteessa on ollut olemassa kuitenkin potilaaseen ulottuvan haitan mahdollisuus. Haitta ei ole suunniteltu osa potilaan hoitoa missään hoidon vaiheessa tai liity millään lailla potilaan sairauteen tai sen normaaliin hoitoon. Jos haitta ulottuu potilaaseen asti, eli potilas on saanut hoidosta aiheutuneen vamman, puhutaan haittatapahtumasta. Vaaratapahtumien vakavuutta arvioidaan sen perusteella, millaisen seurauksen se on potilaalle aiheuttanut; lievä, kohtalainen vai vakava. Potilasturvallisuuden kannalta on tärkeää keskittyä kuitenkin pohtimaan myös mahdollisia erilaisia riskitilanteita, jotka eivät vielä ole johtaneet haittaan, mutta jossa riski on ilmeinen. (Helovuori ym. 2011, 16 - 17.) Havainnoiduista terveydenhuollon haittatapahtumista 65 % liittyy erilaisiin tiedonkulun ongelmiin (Tamminen & Metsävainio 2015, 339).

Sairaalan koko organisaatiossa turvallisuus on pääarvo, ja sitä pitäisi pyrkiä kehittämään eri tavoin. Potilasturvallisuutta kehitettäessä on huomioitava alueet, jotka kohdistuvat avoimuuteen, virheistä raportoimiseen, kommunikaation tehostamiseen ja parantamiseen sekä omassa yksikössä että koko organisaation eri tasojen välillä. Turvallisuuden kannalta on tärkeää luoda sellainen kulttuuri, missä on tilaa jatkuvalla kehitymiselle ja uuden oppimiselle. Sairaalamailmalla on vielä paljon opittavaa muilta korkean riskin aloilta esimerkiksi ilmailusta ja öljyteollisuudesta, jossa intensiivisesti jatkuvasti kehitetään turvallisuuskulttuuria ja koko henkilöstön turvallisuuskulttuuriajattelua. (Paige & Chauvin 2008, 98 - 107.)

Teemu Reiman ym. (2010) on käsitellyt VTT:n (Teknologian tutkimuskeskus VTT Oy) esitelmässään potilasturvallisuuden näkökulmia. Hänen mukaansa turvallisuutta on luotava koko ajan, sitä ei voi koskaan täysin saavuttaa vaan se on asia, joka on koko ajan läsnä ja jotakin, jota koko ajan tehdään. Se näkyy ihmisten toiminnassa ja on koko ajan osa työyhteisön toimintaa. Siksi ihmiset ja työyhteisöt ovat avainasemassa sen toteuttamisessa, sillä he ovat juuri niitä, jotka luovat turvallisuuden, mutta myös sen riskit. Hyvä potilastur-

vallisuus on luotu toimintakulttuuri, jossa korostuvat tiimityö yksiköiden ja eri ammattiryhmien välillä, kommunikaation avoimuus sekä palautteen antaminen ja saaminen, mutta myös tiedon jakaminen muille. Kaikilla tulisi olla mahdollisuus kyseenalaistaa asioita ja käytäntöjä. Tarkistuslistat ovat potilasturvallisuuden vaarojen hallintaa, työprosessien hallinnassa korostuvat yhteistyö, toimintatavat sekä kommunikointi, dialogisuus. Tiimin hyvät ihmissuhteet lisäävät tutkimusten mukaan potilasturvallisuutta ja työ kokonaisuutena on sujuvaa (Kaldheim & Slettebo 2016, 1892 - 2686).

2.4 Potilasturvallisuus leikkaussalissa

Riskitöntä kirurgiaa ei ole olemassa. Jokaiseen leikkaukseen sisältyy tiettyjä joko potilaasta tai leikkauksesta aiheutuvia riskejä. On tärkeää valita sellainen kirurginen hoitomuoto potilaalle, joka toteutuksineen ei olisi vaarallisempaa kuin hoidettava sairaus. Kirurgian riskien hallinnalla tarkoitetaan, että kaikki vaaratilanteet tiedostetaan, tunnistetaan ja pyritään eliminoimaan operatiivisessa- eli leikkaustoiminnassa. Potilasturvallisuus on perusperiaate leikkaussalitoiminnassa, ja sen kannalta on tärkeää pyrkiä kehittämään turvallisuuskeskeistä ajattelua, vaikuttaa asenteisiin ja kehittää vastuullista toimintakulttuuria. (Haapiainen 2013, 37 - 41.) Moniammatillinen tiimityö on olennainen osa leikkaussalin potilasturvallisuutta (Kaldheim & Slettebo 2016, 1892 - 2686).

Leikkaussali työympäristönä on kehittynyt lyhyessä ajassa nopeasti ja on täynnä monimutkaista tekniikkaa ja täysin muistin varassa toimiminen on melkein mahdotonta (Blombergin & Pauniahon 2013, 274 - 278). Ihminen on erehtyväinen ja tekee väistämättä virheitä ja tätä varten on luotava vankat järjestelmät virheiden estämiseksi. Leikkaussalissa tämä tarkoittaa monimutkaisen työympäristön selkiyttämistä, erilaisten informaatiokanavien kehittämistä, selkeää prosessimallin kuvaamista, työntekijöiden osaamisen ja mahdollisten rajoitteiden kartoittamista sekä jatkuvaa koulutusta. (Paige & Chauvin 2008, 101.)

Organisaation johto on vastuussa turvallisuusajattelusta. Samalla se luo edellytykset turvalliselle hoidolle. On tärkeää, että potilasturvallisuus huomioidaan aina päätöksenteossa ja toiminnan suunnittelussa ja sen tavoitteena on luoda

mahdollisuus työntekijöille tehdä työtä turvallisesti. Johdon tehtävänä on luoda erilaisia suojausjärjestelmiä, kuten tarkistuslistoja, jotka kertovat, kuinka organisaatio on varautunut ennalta tunnistettaviin vaaratilanteisiin. Erityisen tärkeää on luoda työyhteisöön avoin ilmapiiri, jossa jokaisen tekemisellä on merkitys ja jokaisen pitäisi saada vaikuttaa hoidon turvallisuuteen. Ei etsitä yksittäistä syyllistä vaan hyväksytään, että kaikki tekevät virheitä. Huomion pitäisi keskittyä olosuhteisiin ja ympäristöön, jossa yksilöt työskentelevät. Tärkeää on kysyä, miksi virhe tapahtui ja sitä kautta kehitetään toimintaa, jotta virhettä ei tapahtuisi uudestaan ja toiminta olisi jatkossa laadukkaampaa. Johdon on tärkeää luoda työorganisaatioon avoin ja välittävä ilmapiiri, jossa virheet tuodaan esiin avoimesti ja saatua tietoa käytetään toiminnan kehittämiseen. Esimiehillä on tärkeä vaikutus siihen, onko vaaratapahtuman käsittely syyllistävä vai tarkastellaanko koko toimintajärjestelmän heikkouksia. Potilasturvallisuuden kannalta on tärkeää, että työntekijät uskaltavat ilmaista ajatuksiaan, pelkoaan ja epävarmuuttaan työyhteisössä. (Helovuori ym. 2011, 56 - 57, 92.)

Marina Kinnunen (2010, 133 - 140) on tutkinut, miten organisaatio oppii virheistä. Hänen mukaansa ne voivat liittyä organisaation toiminnan suunnitteluun, prosesseihin tai johtamiseen eikä prosessissa työskentelevän työntekijän ole helppo aina havaita virhettä. Virheestä oppimisessa suuri merkitys on sillä, miten organisaation johto reagoi ilmoitettuihin virheisiin ja millaista keskustelua työyhteisössä virheestä käydään. Johdon sitoutuminen ja johtajien tuki edesauttavat parhaiten oppimista ja toiminnan kehittämistä. Johdon tehtävä on mahdollistaa keskustelu eri toimijoiden välillä ja tuntea myös oma vastuunsa organisaation kehittämisessä. (Mt.) Johdon on tärkeää myös huomioida inhimilliset tekijät kuten tarkkaavaisuus ja muisti, työkuorma ja stressi, väsymys ja vireystila sekä erilaiset työyksikön sosiaaliset prosessit ja niiden vaikutus potilasturvallisuuteen. Hyvä johto luo hyvän potilasturvallisuuskulttuurin, joka on avoin ja syyllistämätön ja jossa on aito halu oppia ja edistää potilasturvallisuutta. (Helovuori ym. 2011, 92, 99.) Samaa mieltä on myös Mäki ym. (2014, 71): ”Toimintakulttuurin muuttaminen siihen suuntaan, että virheet uskalletaan tunnustaa ja niitä käsitellään yhdessä tavoitteena muuttaa toimintatapoja, on välttämätöntä.”

2.5 Leikkaussalin potilasturvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä

Tutkimusten mukaan leikkaussalityöskentelyä kuvaa usein huono kommunikointi ja häiritsevä käytös. Virheiden välttämiseksi ja ehkäisemiseksi on tärkeää kehittää tiimien yhteistyön tasoa. Paige ja Chauvin (2008, 99 - 101) tutkimuksessaan toteavat, että tutkimuksella olisi tärkeää saada lisää ja syvempää tietoa niistä tiimityön alueista leikkaussalissa, jotka tuottavat tietoa leikkaussalin toimintaan ja turvallisuuteen vaikuttavista tekijöistä. Olisi tärkeää saada luotettavaa tietoa, joka helpottaisi kehittämään leikkaussalitoimintaa tehokkaammaksi. Leikkaussalin potilasturvallisuuteen vaikuttavat useat eri tekijät, mutta keskeisimmässä roolissa on leikkaussalin perusyksikkö, moniammatillinen tiimi ja sen työskentely. Tehokkaasti toimivan tiimin keskeisimmät osa-alueet ovat selvyys ja vastuu eri rooleista tiimissä, virheiden tunnistaminen, taustatuki, jolloin työtä voidaan jakaa tiimin jäsenten kesken, sopeutumiskyky muuttuviin tilanteisiin, jaettu henkinen malli, luottamus, kommunikointi sekä usko yhteiseen onnistumiseen.

Pinheiro ja Uva (2015, 111 - 113) ovat tutkimuksessaan selvittäneet leikkaussalin turvallisuusilmapiiriin liittyviä tekijöitä kääntäessään ja muotoillessaan brittiläistä turvallisuuskyselyä portugalilaisiin sairaanhoitoon. Näitä tekijöitä ovat turvallisuusilmapiiri, työolot, käsitykset johtamisesta, stressin huomioiminen sekä työtyytyväisyys.

Suullinen ja kirjallinen kommunikaatio on potilasturvallisuuden kannalta tärkeätä ja se auttaa myös moniammatillista yhteistyötä, tehtävien johtamista, tilannetietoisuutta sekä päätöksentekoa. (Tamminen & Metsävainio 2015, 340). Ugur ym. (2016, 593 - 597) on tutkimuksessaan selvittänyt leikkaussali-henkilökunnan mielipiteitä asioista ja syistä, jotka uhkaavat potilasturvallisuutta. Näitä syitä ovat pätevän henkilökunnan puute, pitkien työvuorojen aiheuttama väsymys ja stressi, kommunikointivirhe, aikataulut ja kiireinen työtahti, tekninen osaamattomuus ja koulutuksen puute, huono tiimityö, huolimattomuus työnteossa, työn monimutkaisuus sekä huono perehdytys eli ei osata oikeita toimintatapoja työn tekemiseen. He toteavat, että kehittämällä tiimityön harmoniaa sekä dialogisuutta henkilökunnan välillä voidaan kehittää huomattavasti potilasturvallisuutta. Kunnollinen kommunikointi vähentää väärän puolen kirurgiaa sekä lisää osaamista tiimissä.

2.5.1 Moniammatillinen tiimityö

Leikkaussalissa työtä tekevät ihmiset eri ammattiryhmistä ja eri erikoisaloilta. Potilasturvallisuuteen tämä moniammatillisuus ja tiimityö tuovat paitsi rikkautta myös haasteita. Tutkimusten mukaan tiimityöllä ja huonolla kommunikoinnilla on suuri vaikutus leikkauksissa tapahtuviin vahinkoihin ja virheisiin. (Siu ym. 2014, 119.) Tiimityön toimiessa parhaimmillaan jokainen sen jäsen tuo tiimiin tietoja, taitoja ja asenteita, jotka sekoittuvat muiden tiiminjäsenten tietotaitoon ja asenteisiin. Tämä tuo tiimin toimintaan luotettavuutta ja tuttuutta. Hyvin toimiessaan tiimi vähentää tutkimusten mukaan väsymyksestä aiheutuvia vaikutuksia ja alentaa kiireisen työn aiheuttamaa stressitasoa. Tiimeillä ja tiimityöllä on leikkaussalissa tärkeä rooli turvallisuuskulttuurin kehittämisessä ja sen saavuttamisessa. Se vaatii paitsi oman työyksikön toiminnan kulttuurista muutosta myös potilasturvallisuuden kehittämistä koko organisaation eri tasojen kanssa. Organisaatiolla on tärkeä rooli kehitettäessä moniammatillista yhteistyötä. Yhteistyö on ihmisten välistä toimintaa, joka vaatii monien eri tekijöiden läsnäoloa eri ammattiryhmien välillä. (Paige & Chauvin 2008, 101; Kuldheim & Slettebo 2016, 1892 - 2686.)

Koska ihmiset tekevät työtä leikkaussalissa, on tärkeää tunnistaa ei tekniset taidot virheiden aiheuttajina. Tällaisilla virheillä tarkoitetaan osaamattomuutta, vääriä toimintatapoja, tiimityötä ja sen toimimattomuutta, kommunikoinnin heikkoutta tai puutetta, vääränlaista tilannetietoisuutta jne. Nämä ei teknisistä taidoista johtuvat virheet ovat useimmiten pieniä vahinkoja tai aiheuttavat leikkauksen hidastumista, mutta voivat kasaantua isoiksi ongelmiksi potilasturvallisuuden ja hoidon laadun kannalta, jos niihin ei puututa. (Siu ym. 2014, 119.) Leikkaussalissa tehdään monen eri erikoisalan kirurgiaa. Kirurgit ovat erikoistuneita tietylle erikoisalalle, ja sairaanhoitajille on määrätty omat vastuualueensa. Ugur ym. (2016, 595) on tutkimuksessaan huomannut, että hoitajien kierrätys eri erikoisalojen välillä leikkausalista toiseen ilman kunnollista perehdytystä ja vankkaa erikoisosaamista heikentää leikkaustiimin toimintaa.

Toisaalta tiimityön kehittäminen voi olla hankalaa leikkaussalimaailman ristiriitaisten ja osittain jopa vahvojenkin ammatti-identiteettien takia. Eri tutkimuksissa on huomattu, että leikkaussalityöskentely on haastavaa ja moniammatil-

liset tiimit eivät ole niin yhtenäisiä kuin niiden oletetaan olevan. (Kaldheim & Slettebo 2016, 1892 - 2686.)

Tiimityön vaikeudet leikkaussalissa johtuvat useimmiten yhteisymmärryksen puutteesta sekä keskeisten käsitteiden ja tehtävien ymmärtämisestä, jotka liittyvät tiimityöhön. Esimerkiksi Paigen ja Chauvinin (2008, 99) tutkimuksen mukaan leikkaussalin sairaanhoitajien mielestä tiimi on yksikkö, joka koostuu eri jäsenistä, kun leikkaussalissa työskentelevät kirurgit ja anestesiologit puolestaan ajattelevat, että tiimi on oman erikoisalan ryhmittymä, joka työskentelee eri yksiköissä. Myös erilaiset rooliodotukset ohjaavat sitä, miten ihmiset työskentelevät ja toimivat. Myös nämä rooliodotukset vaihtelevat leikkaussalin eri ammattiryhmien välillä ja kuvastavat osittain sairaalan hierarkia rakennetta. Tiimin määrittelyn hankaluus ja ristiriitaisuus ammattiryhmien välillä luo tutkimuksen mukaan hämmentyneisyyttä yksilöllisten roolien ja vastuiden jakamisen kanssa eri ammattiryhmien välillä. Roolien epäselvyys puolestaan luo leikkaussalitiimiin helposti huonoja työrakenteita sekä vaikuttaa heikentävästi työtyytyväisyyteen ja työntekoon.

2.5.2 Ilmapiiri

Ilmapiiri työyhteisössä vaikuttaa koko yksikön toimintaan ja sitä kautta myös potilasturvallisuuteen. Ilmapiiriä sanotaan piileväksi työolosuhteeksi ja sitä on hyvin vaikea mitata. Leikkaussalissa tiimin jäsenen huono käytös vaikuttaa vastoinikäymisten kokemukseen, hoitovirheiden määrään, hoidon tasoon sekä aiheuttaa kompromissien luomista potilasturvallisuussääntöihin, joita saateen jopa kiertää tai ohittaa kokonaan toiminnassa. On tutkittu, että huono ilmapiiri voi vaikuttaa katastrofaalisesti potilaan hoitoon. (Paige & Chauvin 2008, 99.)

Huonoa ja epäkunnioittavaa käytöstä esiintyy leikkaussalissa luvattoman paljon. Tällä tarkoitetaan huutamista, rumaa kielenkäyttöä, halventavia kommentteja toisista työntekijöistä, alentuvaisuutta ja loukkaamista. Tämä käytös vaikuttaa leikkaussalin tiimityöhön, tiedonkulkuun ja kommunikointiin sekä lisää turhautumista, stressiä ja heikentää keskittymistä työssä. (Paige & Chauvin 2008, 99.)

2.5.3 Luottamus

On tutkittu, että luottamus eri ammattiryhmien välillä on tärkein tekijä leikkaussalin sosiaalisissa suhteissa vaikuttaen myös potilasturvallisuuteen. On tärkeää, että jokainen työntekijä tuntee itsensä arvokkaaksi ja moniammatillisen työtiimin jäsenten välillä vallitsee yhteisymmärrys. Rakentava kommunikointi on avainasemassa luottamuksen synnyssä, sillä tämä antaa jokaiselle rohkeutta kysyä ilman hierarkia- tai statusrajoja. Leikkaussalin lähiesimiesten sekä organisaation johtajien tulee myös osaltaan rohkaista oikeisiin asenteisiin ja luottamuksen syntymiseen. (Kuldheim & Slettebo 2016, 1892 – 2686.)

Jokaisella ammattiryhmällä on erilaiset asenteet sääntöjä ja ohjeita kohtaan leikkaussalissa. Nämä ristiriidat heikentävät luottamuksen rakentumista tiimin jäsenten välille leikkaussalissa. Myös kirurgien autonomia nähdään luottamuksen uhkana. (Paige & Chauvin 2008, 99.)

2.5.4 Raportointi

Potilasturvallisuuden kehittämisen kannalta on tärkeää raportoida ja käydä läpi sattuneet vahingot tai läheltä piti tapahtumat koko leikkaustiimin kesken. Käymällä asiat läpi, varmistetaan, että samaa virhettä ei tapahtuisi uudestaan. Tarkoitus ei ole kuitenkaan rangaista eikä syyttää ketään tapahtuneesta. Myös suoran palautteen antaminen on tärkeää. Kun kehitetään erilaisia raportointi ja palautteen antamisen järjestelmiä ja tapoja, kehitetään samalla potilasturvallisuutta. (Ugur ym. 2016, 596.) HaiPro on työkalu potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointiin ja tukee sairaalan eri yksiköiden sisäistä potilasturvallisuutta ja on laajalti käytössä Suomessa. Sen käyttö perustuu vapaaehtoisuuteen ja luottamukseen eikä sen perusteella etsitä syyllisiä varatapahtumille. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2011.)

Fudickar ym. (2012, 695 - 701) korostavat, että leikkaussalin potilasturvallisuuden vaikuttavat koko sairaala organisaation toiminta ja käytös, joka koskee potilasturvallisuutta. Tamminen ja Metsävainio (2015, 338) toteavat, että virhetilanteita tapahtuu hyvin yleisesti erilaisissa potilaan hoitovastuun siirtymävaiheissa hoidon aikana. Hoitovastuun siirtyminen on tilanne, jossa *potilaan hoidon vastuu siirtyy osittain tai kokonaan toiselle henkilölle tai ryhmälle*

väliaikaisesti tai pysyvästi. Näitä ovat siirtyminen leikkaussaliin, heräämöö, osastolle tai esimerkiksi leikkaustiimin henkilökunnan vuoronvaihto. Tieto siirtyy raportoinnin avulla, jonka ongelmina voi olla esimerkiksi annetun raportin väärin ymmärtäminen, oleellisen asian pois jättäminen tai puuttuminen raportista tai tehtävien suorittamiseen vaadittavien tietojen puuttuminen. On tutkittu, että yleisimmin raportista puuttuu lääkitystietoja, arviot potilaan tilasta ja tiedot taustoista sekä ohjeet seurannasta. Heräämöö siirryttäessä puutteita on kipulääkityksessä, antibioottihoidon jatkumisessa ja nestehoidossa. Raportointitilanne voi häiriintyä esimerkiksi silloin, kun tehdään samaan aikaan muita tehtäviä esimerkiksi heräämössä kiinnitetään potilaaseen seurantalaitteita. (Mt.) On hyvä huomata, että heräämöö siirryttäessä siirretään potilaan hoitovastuu heräämöhoitajalle, joka edellyttää potilaan tiedonsiirtoa, mutta samalla se myös toimii hyvänä ja hyödyllisenä hoidon tarkistuspisteenä koko leikkaustimille (Smith & Mishra 2010, 62).

Hyvällä viestinnällä on vaikutus vaaratapahtumien ilmaantumiseen. Raportointi paranee tutkimusten mukaan rakenteellisella viestinnällä. Väärän puolen kirurgiaa ja liinojen ja instrumenttien jäämistä potilaaseen voidaan ehkäistä tarkistuslistojen avulla, mutta raportoinnin avuksi on kehitetty esimerkiksi ISBAR-järjestelmä, joka on eniten tutkittu terveydenhuollon viestinnän muistisääntö. ISBAR on strukturoitu lomake, jonka tehtävänä on tiivistää ja selkeyttää kommunikaatiota sekä myös osaltaan vähentää inhimillisiä virheitä tiedonkulussa ja hoitovastuun siirrossa. Sen tarkoitus on antaa raportille rakenne potilaan siirtovaiheessa. Se koostuu potilaan tunnistamisesta (identification), tilanteesta (situation), taustatiedoista (background), arviosta (assessment) sekä toimintaehdotuksesta (recommendation). ISBAR soveltuu kaikkien ammattiryhmien väliseen kommunikointiin potilaan tiedon siirrossa. (Tamminen & Metsävainio 2015, 339 - 341.)

2.5.5 Tarkistuslistat

Tarkistuslistoja on luotu sairaaloiden monille eri erikoisaloille ja osastoille. Leikkaussalissa tarkistuslista on luotu moniammatilliseen yhteistyöhön, jossa koko tiimillä on yhteisenä tavoitteena potilasturvallisuus (Siu ym. 2014, 128). Sen tavoitteena on olla apuna erilaisten leikkausvälineiden ja esimerkiksi liinojen laskennassa, jolloin huolehditaan, että kaikki on otettu pois leikkausalueel-

ta eikä mitään unohdu potilaaseen, mutta myös väline leikkaussalin kommunikoinnin-, tiimityön- ja turvallisuuskulttuurin parantamiseen. (Fudickar ym. 2012, 695 - 701.)

WHO on kehittänyt 19-kohtaisen leikkaustiimin tarkistuslistan leikkaukseen liittyvien riskien torjumiseksi, potilasturvallisuuden ja tiedonkulun lisäämiseksi sekä inhimillisten unohdusten välttämiseksi. Siinä viestintärutiinit on sovittu ennalta ja niiden avulla pyritään varmistamaan tilannekuva, päätöksenteko sekä toiminnan seuraaminen ja varmistaminen helpoilla kysymyksillä. (Haapiainen 2013, 42.) Listan sisältämät kriteerit ja toiminnot tarkistetaan jokaisessa leikkauksessa leikkausprosessin eri vaiheissa samalla tavalla. Tavoitteena on vähentää virheitä, lisätä potilasturvallisuutta, yhdenmukaistaa toimintaa sekä parantaa laatua. Lisäksi sen tehtävänä on tukea hyväksytyjä turvallisuuskäytäntöjä sekä vahvistaa tiedonkulkua ja tiimityötä. (Helovuo ym. 2011, 208 - 209.) Leikkaussalin turvallisuuskulttuurilla on todella paljon merkitystä sille, miten tarkistuslista hyväksytään mukaan hoitoprosessiin (Weiser & Berry 2012, 136 - 142).

Tarkistuslista toimii työntekijöiden muistin tukena estäen kärjistetyksi ”väärän puolen kirurgiaa”. Lisäksi se auttaa tukemaan henkilökunnan ei-teknisiä taitoja esimerkiksi kuuntelemista, tiedon jakamista, kommunikointia sekä ryhmähengen luomista. Samalla se luo turvallisuutta sekä toiminnan järjestelmällisyyttä ja kurinalaisuutta ja parantaa hoidon laatua. (Siu ym. 2014, 119.) Blombergin ja Pauniahon (2013, 274 - 278) mukaan leikkaustiimin kommunikaation parantaminen ja tiedon jakaminen ovat tarkistuslistan tärkeimmät tehtävät. Hyvä kommunikaatio on toisten kuuntelemista, selkeää puhetta, kohteliasta käytöstä sekä kysymyksiin vastaamista. Tieto on tärkeä välittää oikealle ihmiselle oikeaan aikaan. Tarkistuslista toimii muistin tukena standardoiden toimenpiteitä. Sen avulla varmistetaan, että kaikki mahdolliset yksityiskohdat on huomioitu riippumatta työpaineesta. Etenkin välillä hyvinkin kiireisessä päivystyskirurgiassa tarkistuslista on erittäin hyvä. Tarkistuslista tukee myös työntekijän viireystilan puutoksia. On todettu, että se myös kokoaa tietoa ja kokonaisuuksia yhteen ja selkeyttää leikkausryhmän työnjakoa ja vastuuta ja niiden avulla voidaan löytää virheitä ja puuttua niiden syihin. Tarkistuslista parantaa leikkaustiimin yhteenkuuluvuuden tunnetta ja lisää tietoisuutta potilasturvallisuudes-

ta. Työtä on mukavampi tehdä jos ryhmässä viihtyy. Hyvin toimiva leikkausryhmä tekee vähemmän virheitä ja toimii nopeammin ja tehokkaammin.

”Tarkistuslistan käyttö ei kohdistu kirurgiseen ammattitaitoon tai ammattihenkilökunnan toiminnan sisältöön. Sen tarkoituksena on koordinoida ja tukea koko leikkaustiimin toimintaa, jotta tiimi pääsee mahdollisimman hyvään lopputulokseen. Tarkistuslistojen käyttöönotto ja jatkuva ylläpito edellyttää kaikkien ammattiryhmien hyväksyntää. Tämän edellytyksenä on ensin tiimityön luonteen tiedostaminen ja avoin työilmapiiri, jossa työtä ei tehdä erikseen eri ammattiryhmien raja-aitojen sisällä vaan niiden yli yhdessä.” (Valvira 2015.) Tarkistuslistan käyttö leikkaussalissa on halpa ja tehokas keino vähentää leikkauksiin liittyviä virheitä. Täyttäminen on nopeaa ja vie aikaa noin 2 - 3 minuuttia. On tärkeää, että koko leikkaustiimi pysähtyy aidosti miettimään toimenpidettä eikä käy listaa vaan rutiininomaisesti läpi. Jos listaa käytetään kaikissa leikkauksissa, se tutkimusten mukaan vähentää huomattavasti leikkauksiin liittyviä haittoja. (Mustajoki ym. (toim.) 2014, 1335 - 1336.)

Tammisen ja Metsävainion mukaan (2015, 338) tarkistuslistan käyttö on leikkaussaleissa laajasti käytössä, mutta näytöt sen hoitotuloksiin vaikutuksista ovat kuitenkin ristiriitaiset. He toteavat, että tarkistuslistan käyttöön saatu koulutus vähentää leikkauksen jälkeistä kuolleisuutta, mutta jos koulutusta ei järjestetä, ei kuolleisuuteen ole listalla merkitystä. Koulutuksen on tarkoitus parantaa tarkistuslistan käytön lailla leikkausryhmän välistä viestintää ja lisätä uskallusta henkilökunnalle ”avata suunsa”.

Siu ym. (2014, 119 - 128) toteavat, että tarkistuslista voi tuoda leikkaustiimiin myös vääränlaisen tunteen turvallisuudesta. Tällöin ongelmana on, että listaa täytetään huonosti ja rutinoitusti kohta kohdalta käymättä niitä oikeasti ja ajatuksella koko leikkaustiimin kanssa läpi. Listasta on tullut pakko tai tapa, joka vaaditaan tehtäväksi. Tarkistuslistan käytöllä on oltava koko leikkaustiimin ja organisaation tuki, eikä kukaan tiimin jäsenistä saisi väheksyä sen merkitystä potilasturvallisuudelle. Täyttäminen ei vie kuin muutaman minuutin, eikä se pidennä potilaan leikkaamiseen kuluva aikaa. On kuitenkin tutkittu, että asiat, joita tarkistuslistassa käsitellään, ovat harvoin mukana potilasturvallisuuden vaaratilanteissa. (Mt.) Toisaalta, virheet tarkistuslistan käytössä voivat aiheuttaa ongelmia leikkauksen aikana (Weiser & Berry 2012, 136 - 142).

Vaikka tarkistuslistat toimivat leikkaussalissa yleensä hyvin edistään potilasturvallisuutta ja tiimin välistä kommunikaatiota sekä yhteistyötä, on huomattu, että sen käyttö ei toimi sellaisessa toimintakulttuurissa, jossa suositetaan minimaalista kommunikointia. Kun vaihdetaan vain muutama sana tarkistuslistaa täytettäessä ja muutenkin koko leikkaustiimissä, on potilasturvallisuutta edistävä yhteistyö hankalaa. Tällöin jää helposti jotain hyvin oleellista sanomatta, tietoa katoaa eikä uskalleta avata suuta tilanteissa, joissa se pitäisi ehdottomasti avata. On tärkeää huomata, että tarkistuslistaa ei saisi täyttää silloin, kun leikkaussalissa ei ole kaikki tiimin jäsenet paikalla. Yleisin virhe täyttämässä on, että salin yksi henkilö merkkää kaikki kohdat käydyiksi ilman moniammatillista keskustelua. Tämä estää tiedonkulun hyvin tehokkaasti sekä valmistautumisen mahdollisiin ongelmatilanteisiin. Tarkistuslista on luettava kokonaisuutena ääneen listasta lukien eikä sitä saa käydä läpi muistin varassa. Ongelmia ilmaantuu yleensä silloin, kun tarkistuslistan täyttämistä ei oteta vakavasti. (Fudickar ym. 2012, 695 - 701.)

2.6 Dialogisuus

Dialogisuus on yhteistyön perusta työyhteisössä, ja se kiteytyy sanoihin kunnioita, kuuntele, kysy, keskustele ja kiitä. Tämä tarkoittaa, että dialogissa on puhuttava, ilmaistava itseään suoraan, maltettava kuunnella ja kunnioitettava puhujaa, se vaatii aikaa ja malttia. Dialogisessa keskustelussa jokainen tuo esiin omat mielipiteensä ja ajatuksensa tasavertaisesti, ilman pelkoa niiden murskaamisesta. Tarkoitus ei ole missään vaiheessa kumota toisten näkemyksiä, vaan yhdessä keskustellen ja perustellen pyritään vaikuttamaan omaan työhön. Tällä tavoin kehittämiseen osallistetaan koko työyhteisö. Lopputulos on ennalta arvaamaton ja siihen päästään yhdessä keskustellen. (Punkanen 2017.)

Dialogi eroaa tavallisesta keskustelusta, jossa pääasiassa keskitytään omien näkökantojen läpiajamiseen, sillä, että tavoitteena on pyrkimys ymmärtää, löytää erilaisia vaihtoehtoja ja tehdä valintoja niiden välillä. On opittava kuuntelemaan syvällisesti toisiaan ja arvostamaan sitä, että toisella voi olla erilaiset tavat toimia ja ajatella sekä tehdä asioita. On oltava avoin sille, että toinen voi esittää täysin omasta poikkeavia käsityksiä, kokemuksia ja tietoa. Erilaisuus

vapauttaa luovaa energiaa eikä tarkoitus ole asettua kilpailuasetelmaan. (Syvänen ym. 2015, 35.)

Tänä päivänä puhutaan paljon vuoropuheluun eli dialogiin perustuvasta johtamisesta, jolloin esimiehet ja alaiset pohtivat yhdessä hyviä käytäntöjä ja toimintatapoja työhönsä sekä asettavat kehittämistehtäviä. Vuoropuhelua voi tapahtua myös eri ammattiryhmien tai eri työyhteisöjen välillä sekä asiakas-hoitajasuhteessa. Dialogissa pelkääntyä työntekijöiden välillä, keskustellaan työkavereiden kesken arjen hyvistä käytännöistä, jaetaan omaa ja työyhteisön osaamista sekä puhutaan erilaisista työhön liittyvistä huolista ja niiden ehkäisystä. Tällöin kehitetään omaa työtä ja tapaa sen tekemiseen sekä yhteisön jäsenten yhdessä toimimista, ollaan vuorovaikutuksessa toisten kanssa, kuunnellaan ja kohdataan ihminen ihmisenä. (Koskimies ym. 2012, 8 - 10.)

Dialogisuus työyhteisössä tuo esiin hiljaista tietoa sekä saa työntekijät tietoiseksi hiljaisen tiedon olemassaolosta. Sen esiin saaminen auttaa uuden oppimisessa sekä uusien toimintatapojen ja näkökulmien kehittymisessä, joka auttaa oman työn jäsentämisessä sekä työtilanteiden kehittämisessä. Hiljaisella tiedolla tarkoitetaan tietoa, jota käytetään tiedostaen tai tiedostamatta joka päivä omassa työssä. Se voi olla hyvinkin henkilökohtaista ja sitä on vaikea selittää tai jakaa kirjallisesti, suullisesti tai opettamalla. Se on osa ihmisen toimintaa, osaamista, tietoja ja taitoja sekä kokemukseen ja tilanteeseen liittyvää osaamista. (Koskimies ym. 2012, 9 - 10.)

Jotta dialogi onnistuisi, se vaatii turvallisen ympäristön ja tilan, jossa on helppo puhua avoimesti osaamisestaan, huolistaan ja kehittämistarpeistaan. Jokaisen on tärkeää saada oma ääni kuuluviin, tulla kuulluksi. Tuntiessaan olonsa turvalliseksi, ihminen uskaltaa paremmin ilmaista itseään ja kertoa vaikeistakin ajatuksista ja asioista, mahdollisista uusista työtavoista ja erilaisista näkemyksistä ja käytännöistä työssä. Työyhteisön oppimisen tarve nousee uusista toimintatavoista, käytännöistä sekä muutoksista työympäristössä. Dialogi tarjoaa mahdollisuuden tietojen ja kokemusten vaihtoon sekä muokkaa toimintatapaa yksilölle sekä yhteisön toimintakulttuurille sopivammaksi. (Koskimies ym. 2012, 8 - 10.) Dialogin onnistumisen esteitä ovat autoritäärijohtaminen, erilaiset rooliodotukset esimerkiksi sairaalan hierarkisissa rakenteissa, asioi-

den ja sanojen eri merkitykset sekä yhteisen ymmärryksen puute (Punkanen 2017).

2.7 Motivaatio dialogisuuden osana

Motivaatio on tärkeä tekijä ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa. Se on alkusysäys työn tekemiselle ja se ohjautuu joko ulkoisesti tai sisäisesti, ihmisestä itsestään käsin. Ulkoisia motivaatiotekijöitä voivat olla esimerkiksi palkka, arvostus ja erilaiset ulkoa päin tulevat odotukset. Sisäisenä motivaation lähteenä on esimerkiksi työn tekemisen ilo. (Punkanen 2017.)

Punkasen (2017) mukaan motivaatioita on erilaisia ja kullekin ihmiselle ominaisia toiminta- ja ajattelutapoja, tapoja olla oma itsensä kussakin tilanteessa. Motivaatio suuntautuu toimintaan eri tavoin esimerkiksi arvojen, mielenkiinnon kohteen sekä ulkoisen- ja sisäisen motivaation mukaan. Keskittykö ihminen kohti päämääriä vai ennemmin niihin asioihin, joita pitäisi välttää? Onko ihminen aloitteellinen, heti toimintaan ryhtyvä vai asioita tarkemmin harkitseva tai mahdollisesti kokonaisuuksia hahmottava vai ennemminkin yksityiskohtiin puuttuva. Nämä motivaatioerot tuovat ihmisten väliseen vuorovaikutukseen ja toimintaan vapautta sekä erilaisia mahdollisuuksia toimintaan ja menettelytapoihin sekä toiminnan kehittämiseen. Toisaalta erot voivat tuoda myös ristiriitoja vuorovaikutukseen, jos motivaatioeroja ei osata kunnolla tunnistaa. Jotta ymmärtäisimme dialogisuutta, meidän on ymmärrettävä motivaation merkitys ihmisen toiminnan ohjaajana.

2.8 Dialogin, rakentavan kommunikoinnin merkitys leikkaussalissa

Leikkaussalin moniammatillinen työtiimi tarvitsee yhteisen päämäärän ja -maalin, jotka auttavat ymmärtämään toisten tehtäviä tiimissä, luo luottamusta tiimin sisällä ja kehittää dialogisuutta, rakentavaa kommunikointia. On tärkeää, että jokainen tiimin jäsen tulee nähdyksi ja kuulluksi. (Kaldheim & Slettebo 2016, 1892 - 2686.) Palautteen antamiseen ja sen tapaan miten se annetaan on tärkeä kiinnittää huomiota. On tärkeää, että tiimin jäsenet tuntevat itsensä ja työpanoksensa arvokkaaksi. Rakentavasti annettu palaute kehittää tiimin jäsenten tietoisuutta roolistaan tiimissä. Myös organisaation johtajilla ja lähesimiehillä on tärkeä rooli dialogisuuden kehittämisessä. Heidän on kehitet-

tävä arvostavaa kommunikointia ja toimintakulttuuria työyhteisössä. Kaikkien, myös esimiesten ja johtajien, on oltava tietoisia moniammatillisen tiimin eri tehtävistä ja tarvittaessa vietävä tietoa eteenpäin mahdollisista resurssitarpeista. (Kaldheim & Slettebo 2016, 1892 - 2686.)

Leikkaussalissa on tärkeää toisten tekemän työn arvostaminen. Tämä auttaa ymmärtämään jokaisen tekemän työn merkitystä ja antaa työrauhaa. Ymmärtämällä toisten työtä, tietyt ammattiryhmien roolit, vastuut ja tehtävät selkiytyvät, mikä puolestaan auttaa toimimaan hätätilanteissa kaikkien tietäessä tehtävänsä. Tämä luo myös luottamusta työkaveriin. Toisen työn arvostaminen ja ymmärtäminen auttaa näkemään ihmisen ihmisenä ja auttaa tuntemaan erilaisia reaktio- ja toimintatapamalleja, heikkouksia ja vahvuuksia. Myös sosiaaliset tilat ja paikat esimerkiksi koulutukset, kurssit, meetingit ja muut erilaiset sosiaaliset tapaamiset auttavat luomaan moniammatilliseen tiimiin hyviä suhteita (Kuldheim & Slettebo 2016, 1892 - 2686).

Turvallisuuskulttuuria ovat kaikki teot ja toiminnot, jotka liittyvät potilasturvallisuuteen. Erilaiset tiedotuskanavat kehittävät sitä ja leikkaussali hyötyy tutkimusten mukaan erilaisista rakentavan kommunikoinnin, dialogin harjoittelukoulutuksista. Hyvä kommunikointi ehkäisee ristiriitoja. Tehokkaita tiimin toimintatapoja voidaan opettaa ja oppia esimerkiksi osallistavin koulutuksin sekä erilaisilla simulaatioharjoituksilla. (Fudickar ym. 2012. 695 – 701; Paige & Chauvin 2008, 106.)

Hyvä kommunikaatio ja sen parantaminen tekee leikkaussalin vähemmän alttiiksi virheille ja parantaa potilasturvallisuutta (Paige & Chauvin 2008, 99). Kun taas huono kommunikointi ja leikkaussalitiimin huono ymmärrys yksilöllisistä taidoista vaikuttavat koko tiimin dynaamisuuteen. Lisäksi jännitteet ja tehoton kommunikointi tiimin sisällä voivat johtaa hoidon viiveisiin, tehottomuuteen, resurssien huonoon käyttöön ja niiden hukkaamiseen sekä toiminnan virheisiin. (Paige & Chauvin 2008, 99.) Huono kommunikointi leikkaussalissa luo myös turvatonta leikkaussalikulttuuria ja vaikuttaa suoraan potilasturvallisuuteen sekä työntekijöiden sitoutumiseen, päätöksentekoon sekä tuottavuuteen. Virheet ja puutteet kommunikoinnissa voivat johtaa leikkauksissa tapahtuviin virheisiin sekä vakaviin haittoihin potilaalle. Cvetic (2011, 319 - 320) tutkimuksessaan toteaa, että kommunikointiprosessien standardoiminen ja yksinker-

taistaminen sekä tehokkaiden kommunikointitapojen, esimerkiksi dialogisuuden, hyödyntäminen ja käyttäminen ovat keinoja parantaa leikkaussalin toimintaa ja parantaa sen turvallisuutta. Hän nimeää dialogisiksi kommunikointitavoiksi selkeän puheen, sanattoman kommunikaation ymmärtämisen, kuuntelemisen ja riidanhallinnan taidot.

Virheet kommunikoinnissa ja tiimityötaitoissa koskevat Siun ym. (2014, 128) tutkimuksen mukaan kaikkia leikkaussalin ammattiryhmiä. Rakentava kommunikointi on leikkaussalissa tärkeä tekijä laadukkaalle yhteistyölle. Huutaminen ja kiukuttelu tiimissä vaikuttaa keskittymiseen ja hankalista leikkaus- ja vuorovaikutustilanteista selviytymiseen ja luo huonoa työilmapiiriä. On huomattu, että huonoa ja epäasiallista käytöstä ja kommunikointia voi esiintyä tilanteissa, jotka vaativat tekijältään paljon. On helpompi esimerkiksi tiuskaista sanottavansa kiireisessä leikkaustilanteessa kuin nätisti pyytää ja selittää, mitä haluaa tai mitä on sanottavaa. (Kaldheim & Slettebo 2016, 1892 - 2686.) Kommunikointi auttaa tiimissä käsittelemään vaaratilanteita. Jaettu tiimin tietoisuus kehittää tiimityötä ja valmistelee koko tiimiä leikkaukseen, jolloin pyritään myös minimoimaan mahdolliset virheet. (Siu ym. 2014, 128.)

Joustavuus ja uudet lähestymistavat, avoimuus ja ennakkoluulottomuus auttavat dialogisuudessa. Dialogi on kehityksen avainsana. Mountford ja Marshall (2013, 89 - 91) toteavat, että kaikista tuottavin ja parhaita älynväläyksiä antavimpia dialogisia keskusteluja ovat keskustelut kollegojen kanssa kahvipöydässä. Tämä kahvipöytäkeskustelu on täysin strukturoimatonta ja siinä on paljon mahdollisuuksia uusiin ideoihin, uusiin suunnitelmiin ja tuottaviin toimintoihin. Myös verkostojen luominen omassa moniammatillisessa tiimissä, omien kollegojen kanssa, organisaation eri tasojen ja eri ryhmien välillä on tärkeää leikkaussalin toiminnan kannalta. Dialogi eri ryhmien välillä, joilla on erilaiset arvot, normit ja tavat rakentavat yhdessä yhteistä ymmärrystä, toimintatapoja ja sitoutumista, rakentaa ihmissuhteita ja luottamusta. (Mt.) Tämä auttaa esimerkiksi kehittämään tutkimuksissa esiin tulleita kirurgien ja anestesiaalääkäreiden välistä kommunikoinnin puutetta sekä erilaisia raportointitilanteita potilaan siirroissa leikkaussaliin tullessa ja heräämöönsä siirryttäessä sekä mahdollisissa vuoronvaihdossa, jotka ovat tavallisimpia riskitilanteita potilasturvallisuuden kannalta. Yhteistyö eri ammattiryhmien ja esimerkiksi osastojen kanssa auttaa kehittämään erilaisia kommunikoinnin apuvälineitä esimerkiksi CRM

ja ISBAR sekä tarkistuslistat, jotka kehittävät potilasturvallisuutta. (Nagpal ym. 2012, 1 - 7.)

Dialogisuus lähentää myös organisaation eri tasoja toisiinsa. Johto työskentelee usein paineen alla eikä näe todellisuutta samalla tavalla kuin työntekijät, kun työntekijät helposti turhautuvat työskentelemään tietyissä organisaation sanelemissa rajoissa. Dialogin tehtävänä on lähentää näitä ääripäitä toisiinsa niin, että se luo opettavan ja oppivan työympäristön, jossa yhteinen oppiminen luo yhteisen tavoitteen, tarkoituksen ja ammatillisuuden. Tämä luo työtyytyväisyyttä, tehostaa potilaan hoitoa sekä parantaa potilasturvallisuutta. (Mountford & Marshall 2013, 89 - 91.)

Eri tutkimusten mukaan dialogisuuden haasteita, jotka sopivat myös leikkaussaliin, ovat terveydenhuollon hierarkisuus sekä huono ja heikko moniammatillisen tiimityön taso. On todettu, että valitettavat usein yhteistyö ja kommunikointi eri ammattiryhmien välillä on heikkoa. Dialogi kärsii yhteisen tietoisien mallin puutteesta ja eri roolien kirjosta. Ei tiedetä, mikä on yhteinen tavoite, ja sen määrittelykin on hankalaa. Myös erilaiset kommunikointivirheet aiheuttavat jännitteitä tiimin sisälle sekä huono käytös. On huomattu, että dialogisuus kasvaa vaikeimmissa toimenpiteissä, mutta mitä rutiininomaisempiin toimenpiteisiin mennään, sitä monologisemmaksi kommunikointi menee. Tämä yksisuuntainen kommunikointi näyttää suuremmaksi osaksi johtuvan kirurgien hierarkisesta ja autoritäärisestä kulttuurista. Paige ja Chauvin (2008) tutkivat leikkaussalissa tiimityötaitojen esiintymistä ja oppimista simulaatioharjoittelun avulla. Tutkimuksessa nousi esiin, että erilaisten roolien epäselvyys, luottamuksen puute ja huonot ihmissuhdetaidot ovat tärkeimmät esteet tehokkaassa kommunikoinnissa. Dialogisuus vaatii onnistuakseen luottamusta tiimissä ja työyhteisössä. (Bleakley ym. 2011, 33 - 56; Mountford & Marshall 2013, 90; Paige & Chauvin 2008, 98 - 99.)

Dialogi on leikkaussalissa hyvää kommunikointia eri ammattiryhmien välillä, se on arvostamista ja kuuntelua. Onnistuessaan se avaa mahdollisuuden parempaan tilannetietoisuuden ymmärtämiseen, jolloin tiimi toimii orkesterin lailla ilman riitasointuja, niin että jokainen tuo oman työpanoksensa muiden tiimin jäsenten tekemään työhön muuttaen sen yhdeksi kokonaisuudeksi. Tämä parantaa potilasturvallisuutta leikkaussalissa. (Bleakley ym. 2011, 33 - 56.) Leik-

kaussali on kuitenkin ympäristö, missä monien eri erikoisalojen ammattilaisten on työskenneltävä yhdessä potilasta hoitaakseen. Tärkeää olisi löytää keinoja, miten jokaisen työntekijän yksilötieto saataisiin siirrettyä koko tiimin tiedoksi ja osaamiseksi. On huomattu, että moniammatillinen tiimikoulutus auttaa tässä yksilötiedon siirrossa koko tiimille. Se kehittää leikkaussalin toimintakulttuuria potilasturvallisemmaksi. (Paige & Chauvin 2008, 98 - 99.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE SEKÄ TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää kyselyn avulla leikkaussalin sairaanhoitajien asenteita ja dialogin merkitystä leikkaussalin potilasturvallisuuteen sekä selvittää Carean toteuttaman asiakkuuskoulutuksen merkitystä sairaanhoitajien toimintaan leikkaussalissa.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaiset asenteet sairaanhoitajilla on potilasturvallisuuteen Kymenlaakson keskussairaalan leikkaussalissa?
2. Miten dialogisuus toteutuu Kymenlaakson keskussairaalan leikkausosastolla sairaanhoitajien kokemana?
3. Miten Kymenlaakson keskussairaalan leikkaussalin sairaanhoitajat kokevat dialogin vaikuttavan potilasturvallisuuteen?

Tutkimuksen tavoitteena on tuoda esille Kymenlaakson keskussairaalan leikkaussalin sairaanhoitajien asenteita ja kokemuksia potilasturvallisuudesta sekä, miten he kokevat dialogin vaikuttavan potilasturvallisuuteen. Tutkimuksesta saatua tietoa voidaan käyttää potilasturvallisuuden parantamisessa ja kehittämisessä Kymenlaakson keskussairaalan leikkaussalissa sekä jatkotutkimuksen pohjana.

4 TUTKIMUSMENETELMÄT

Tässä opinnäytetyössä käytettiin kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää, jossa keskeistä on aikaisemmat teoriat sekä johtopäätökset aikaisemmista tutkimuksista. Teoria on tärkeää saada operationalisoitua mitattavaan muotoon ennen aineiston keräämisen suunnittelua. Tutkimusmenetelmä

edellyttää riittävän suurta otosta ja päätelmien tekeminen tapahtuu tilastollisten menetelmien avulla, jolloin tulokset esitetään numeerisesti. Tulosten avulla selvitetään eri asioiden välisiä riippuvuuksia tai tutkittavassa ilmiössä tapahtuneita muutoksia. Aineistoa kerätessä käytetään kyselylomakkeita, joissa on valmiit vastausvaihtoehdot. (Hirsjärvi ym. 2010, 139 - 140; Vilkkä 2007, 61.)

Kvantitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena on selvittää ilmiöiden välisiä syy- ja seuraussuhteita sekä kuvata, analysoida ja tulkita eri muuttujien välisiä suhteita. Sillä voidaan kerätä tietoa yhteiskunnan ilmiöistä, ihmisten toiminnasta, mielipiteistä, asenteista ja arvoista. (Vehkalahti 2014, 11.) Tutkimustapaa leimaa tutkijan objektiivisuus eli puolueettomuus, jolloin tutkija ei vaikuta tutkimustulokseen (Vilkkä 2007, 13).

Kvantitatiivinen tutkimus voidaan jaotella, jakaa ja ryhmitellä monin eri tavoin. Tässä opinnäytetyössä käytetään pitkittäistutkimusta, jolloin aineistoa kerätään useampaan eri kertaan tutkimuskysymysten pysyessä samoina. Pitkittäistutkimuksen yhtenä haasteena on tutkittavien menettäminen ja on normaalia, että jopa puolet vastaajista häviää jostakin syystä tutkimuksen edetessä. Olisi hyvä, että tutkimus toistetaankin lyhyin aikavälein kadon minimoimiseksi. Pitkittäistutkimus sopii hyvin palvelujärjestelmää kehittävän tiedon tuottamiseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 56 - 57.)

4.1 Tutkimukseen osallistujat

Lupa opinnäytetyön tekemiseen haettiin Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän (Carea) johtajaylihoitajalta ja tutkimus toteutettiin Kymenlaakson keskussairaalan leikkausosastolla. Tutkimukseen osallistujat valittiin kokonaisotannalla, jotta tutkimukseen saatiin tarpeeksi edustava otos johtuen perusjoukon pienuudesta. Kokonaisotantaa käytetään tavallisesti pienissä tutkimusaineistoissa (Vilkkä 2007, 52).

Osallistujina olivat kaikki osaston sairaanhoitajat, $N = 60$. Palveluesimiehet rajattiin tutkimuksen ulkopuolelle sekä vuodenvaihteen jälkeen yksikössä työnsä aloittaneet sairaanhoitajat. Uusilla sairaanhoitajilla ei ole asiakkuuskoulutusta vielä tämän tutkimuksen kyselyvaiheessa suoritettuna.

Tutkimuslomakkeen (liite 3) alussa kartoitettiin osallistujien taustatietoja leikkaussalilyöskentelyvuosien pituutena sekä työtehtävien osalta. Taulukko 1 kuvaa vastaajien taustatiedot ensimmäisen kyselyn osalta ja taulukko 2 toisen kyselyn osalta. Työkokemus leikkaussalissa luokiteltiin aineiston keruun jälkeen viiteen eri luokkaan. Sen keskiarvo osallistujilla oli noin 12 vuotta molemmissa kyselyissä.

Taulukko 1. Sairaanhoitajien taustatiedot ensimmäisessä kyselyssä (n = 42)

Työkokemus leikkaussalissa	n	Työtehtäväni leikkaussalissa	n
0 - 5 vuotta	15	Instrumenttihoitaja	19
6 - 10 vuotta	8	Anestesiahoitaja	19
11 - 15 vuotta	8	Molemmat tehtävät tarvittaessa	4
16 - 20 vuotta	2		
yli 21 vuotta	9		

Taulukko 2. Sairaanhoitajien taustatiedot toisessa kyselyssä (n = 22)

Työkokemus leikkaussalissa	n	Työtehtäväni leikkaussalissa	n
0 - 5 vuotta	7	Instrumenttihoitaja	12
6 - 10 vuotta	6	Anestesiahoitaja	9
11 - 15 vuotta	3	Molemmat tehtävät tarvittaessa	1
16 - 20 vuotta	1		
yli 21 vuotta	5		

4.2 Aineiston hankinta

Aineisto hankittiin strukturoidulla, Likert-asteikollisella Webropol-kyselyllä kahdessa eri vaiheessa. Webropol on Carealla käytössä oleva kysely- ja raportointityökalu, jonka avulla voi toteuttaa sähköisen kyselyn ja joka antaa tuloksista automaattiset, reaaliaikaiset raportit (Webropol Oy, s.a.).

Kyselylomake laadittiin opinnäytetyön teoriapohjaan peilaten ja se esitestattiin neljällä Pohjois-Kymen sairaalan leikkaussalin sairaanhoitajalla, vaikka heillä ei Carean asiakkuuskoulutusta olekaan. Testaamisella voidaan arvioida kyselylomakkeen toimivuutta suhteessa tutkimusongelmaan, vastausohjeiden selkeyttä, kysymysten yksiselitteisyyttä, selkeyttä ja täsmällisyyttä sekä niiden kykyä mitata sitä, mitä on tarkoitus mitata. Lisäksi voidaan testata lomakkeen pituutta ja vastaamiseen kuluvaa aikaa. (Vilka 2007, 78.)

Tutkimuslomake (liite 3) laadittiin niin, että osio 1 mittaa sairaanhoitajien asenteita potilasturvallisuuteen leikkaussalissa, osio 2 mittaa dialogin toteutumista leikkaussalissa ja osio 3 sairaanhoitajien kokemuksia dialogin vaikutuksesta

potilasturvallisuuteen. Osiossa 4 on koko kokonaisuutta täydentäviä avoimia kysymyksiä.

Ensimmäinen kysely lähetettiin leikkaussalin sairaanhoitajien työ sähköpostiin heti ensimmäisen Carean asiakkuuskoulutuskokonaisuuden jälkeen ja toteutettiin 22.6.2017 – 30.8.2017. Muistutusviestejä kyselystä laitettiin kolme kappaletta, ensimmäinen kaksi viikkoa, toinen neljä viikkoa ja kolmas kuusi viikkoa kyselyn lähettämisen jälkeen, jotta kyselyyn saataisiin tarpeeksi vastauksia. Kysely toistettiin samanlaisena vielä 14.12.2017 – 9.2.2018, toisen asiakkuuskoulutuskerran jälkeen, kun leikkaussalin sairaanhoitajat olivat suorittaneet koulutuksen toisen osion. Muistutusviestit toteutettiin samalla tavalla kuin ensimmäisellä kyselykerralla. Uusintakyselyllä oli tarkoitus syventää vastauksia tutkimuskysymyksiin sekä mitata asenteiden ja näkemysten muuttumista.

4.3 Aineiston analyysi

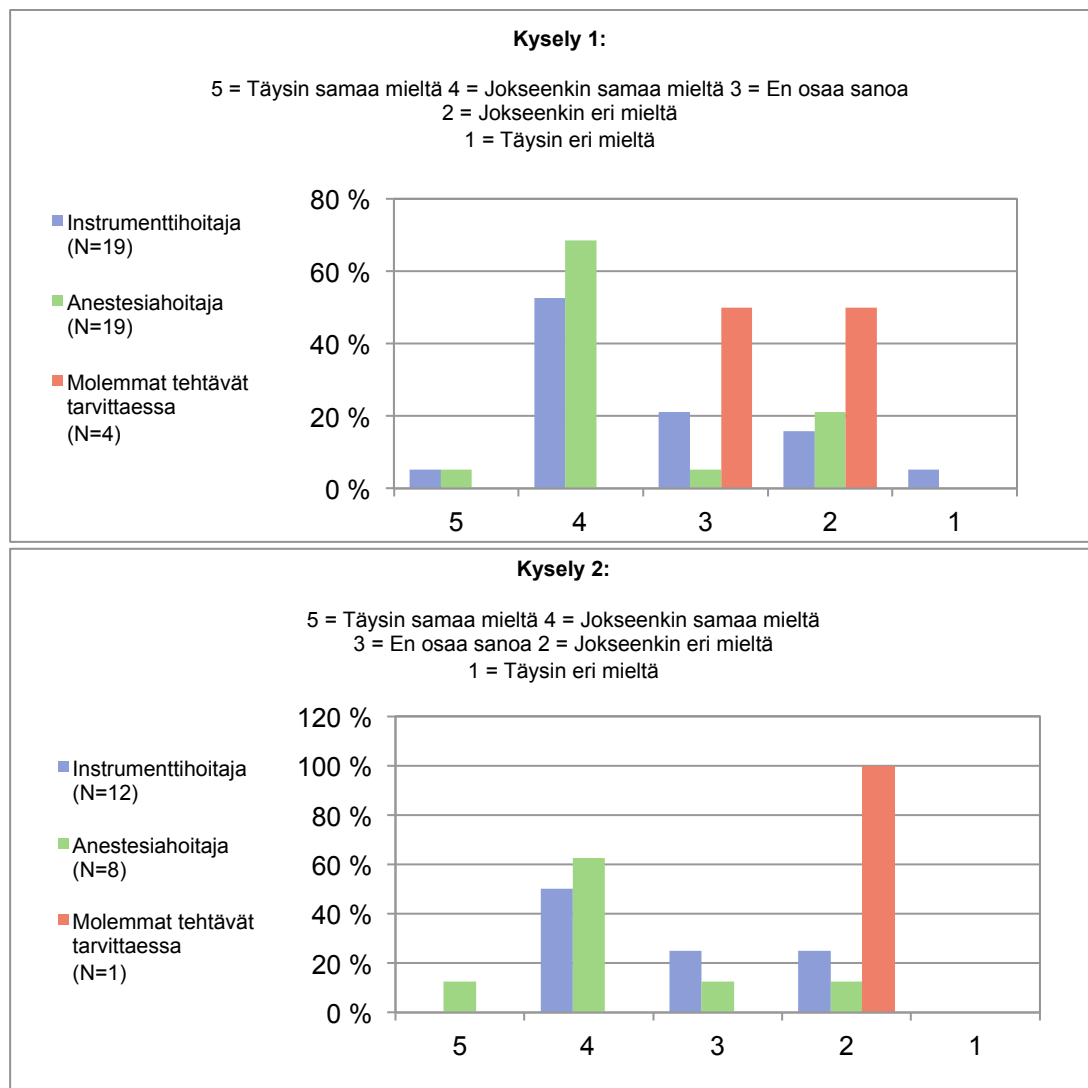
Aineiston osioiden 1 – 3 analysointi tapahtui tilastollisin menetelmin Webropol- sekä Excel-ohjelmien avulla ja taulukoitiin osioittain molemmilta kyselykerroilta (liite 4). Webropol-ohjelma antaa suoraan tilastolliset kaaviot ja kuviot, joista johdettiin tutkimuksen tulokset. Kysymykset, joissa oli suurinta hajontaa vastausten välillä, ristiintaulukoitiin molemmissa kyselyissä työtehtävien kanssa, jotta saataisiin tarkemmin selville, onko työtehtävällä merkitystä sairaanhoitajan näkemyksiin väittämistä (ks. liite 5). Ristiintaulukoinnin avulla voidaan löytää muuttujien välisiä riippuvuuksia eli miten jokin muuttuja vaikuttaa toiseen muuttujaan (Vilkka 2007, 129).

Tutkimuslomakkeen viimeisen osion avoimet kysymykset analysoitiin sisällönanalyysin avulla, tarkoituksena saada enemmän syvyyttä tutkimuksen tuloksiin (liite 6). Kankkusen ja Vehviläinen-Julkusen (2013, 165 - 172) mukaan sisällönanalyysi on aineistojen perusanalyysimenetelmä, jonka avulla voidaan tiivistää aineistoa käsitejärjestelmien, -luokitusten ja -karttojen sekä mallien avulla. Sen avulla löydetään helposti merkityksiä, seurauksia ja sisältöjä tutkimuskysymykseen, mutta se ei tarjoa tilastollisten analyysien mahdollisuuksia.

5 TULOKSET

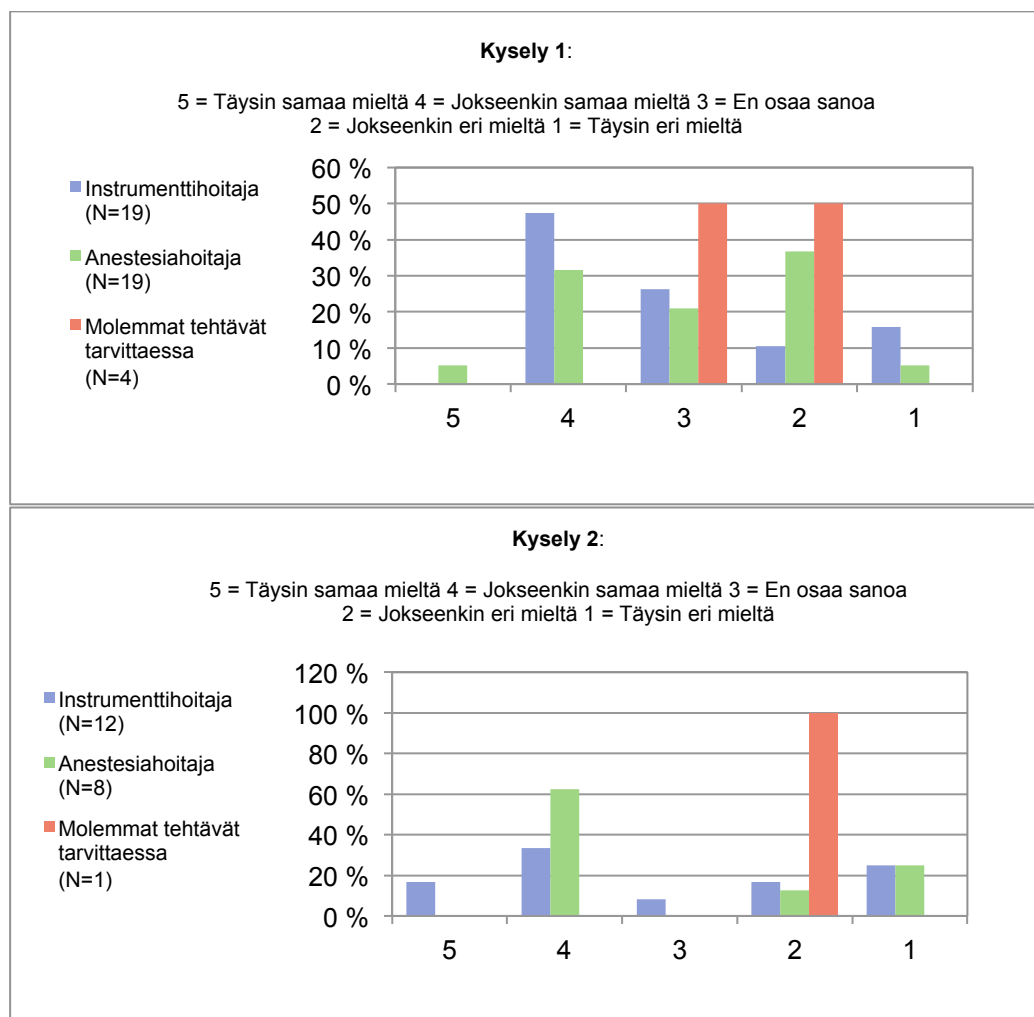
5.1 Sairaanhoidajien asenteet leikkaussalin potilasturvallisuuteen

Molemmilla kyselykerroilla yli 90 % osallistujista piti potilasturvallisuutta itselleen tärkeänä asiana, joka ohjaa heidän työntekeään ensisijaisena arvona. He vastasivat, että osaavat hyvin ennakoita potilasturvallisuuden riskejä työssään sekä osaavat tunnistaa potilasturvallisuutta vaarantavia tekijöitä. Osallistujat myös vastasivat, että leikkaussalissa heillä on riittävästi osaamista potilasturvalliseen työhön ja 60 % osallistujista koki, että työhön liittyvät ohjeet tukevat oman työn tekemistä. Lisäksi yli 50 % piti ohjeita selkeinä. Toisaalta, kuvan 2 mukaan, molemmissa kyselyissä sairaanhoitajat, etenkin ne, jotka hoitavat sekä instrumentti- että anestesiahoitajan tehtäviä, vastasivat, että ohjeiden selkeydessä olisi myös parannettavaa (liite 5, ristiintaulukointi 1).



Kuva 2. Työhöni liittyvät ohjeet ovat selkeät

Työtehtävästä ja kyselykerrasta riippumatta noin 60 % kyselyyn osallistuneista leikkaussali sairaanhoitajista koki, että työyksikön perehdytystä pitäisi parantaa (liite 5, ristiintaulukointi 2). Yli puolet kyselyyn osallistuneista, kaikissa työtehtävissä ja molemmilla kyselykerroilla olivat huomanneet muiden tekevän virheitä työssään. Vaihtelu oli tasaisempaa väittämässä, jossa kartoitettiin sairaanhoitajien mielipidettä työkavereiden sitoutumisesta potilasturvallisuuteen. Tällöin molemmilla kyselykerroilla vastaukset jakautuivat mielipideasteikon molemmille puolille melko tasaisesti niin, että ensimmäisellä kyselykerralla 38 % ja toisella 54 % vastaajista olivat sitä mieltä, että kaikki työkaverit eivät ole täysin potilasturvallisuuteen sitoutuneita. Vastaavasti ensimmäisessä kyselyssä 36 % ja toisessa 41 % ajattelivat, että työkavereiden sitoutuminen potilasturvallisuuteen on hyvää. Ristiintaulukoituna (kuva 3) tässä väittämässä ei kuitenkaan ollut merkittävää hajontaa työtehtävien välillä, vaan asia koettiin melko samanlaisena työtehtävästä riippumatta (liite 5, ristiintaulukointi 3).

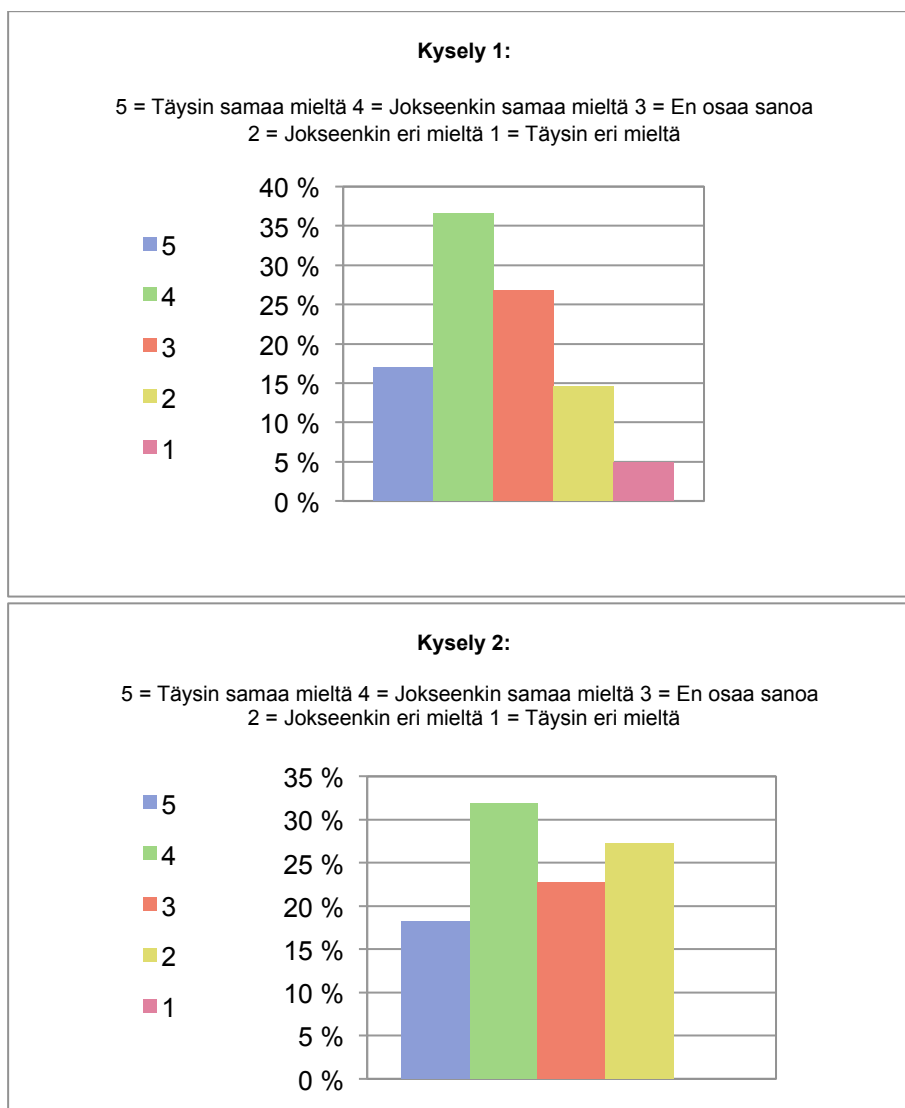


Kuva 3. Kaikki työkaverini eivät mielestäni ole riittävän sitoutuneita potilasturvallisuuteen

Leikkaussalin fyysiseen työympäristöön liittyviä sairaanhoitajien potilasturvallisuusasenteita kartoitettiin kyselykaavakkeen ensimmäisessä osiossa useammalla väittämällä. Ensimmäisessä kyselyssä 43 % ja toisessa 59 % osallistujista olivat huolissaan työyksikkönsä potilasturvallisuuden tasosta. Lisäksi 45 % ensimmäisellä kyselykerralla ajatteli, että fyysinen työympäristö ei takaa potilasturvallista hoitoa. Toistettaessa kysely puoli vuotta myöhemmin osallistujista enää vain noin viidesosa oli sitä mieltä, että fyysinen työympäristö heikentäisi potilasturvallisuutta jollakin tavalla. Huomioitavaa kuitenkin oli, että molemmilla kyselykerroilla tähän kysymykseen moni osallistuja reagoi vastaamalla ”en osaa sanoa”. Kyselyyn osallistujista ainoastaan hieman yli 30 % ajatteli, että fyysinen työympäristö takaa potilasturvallisen hoidon.

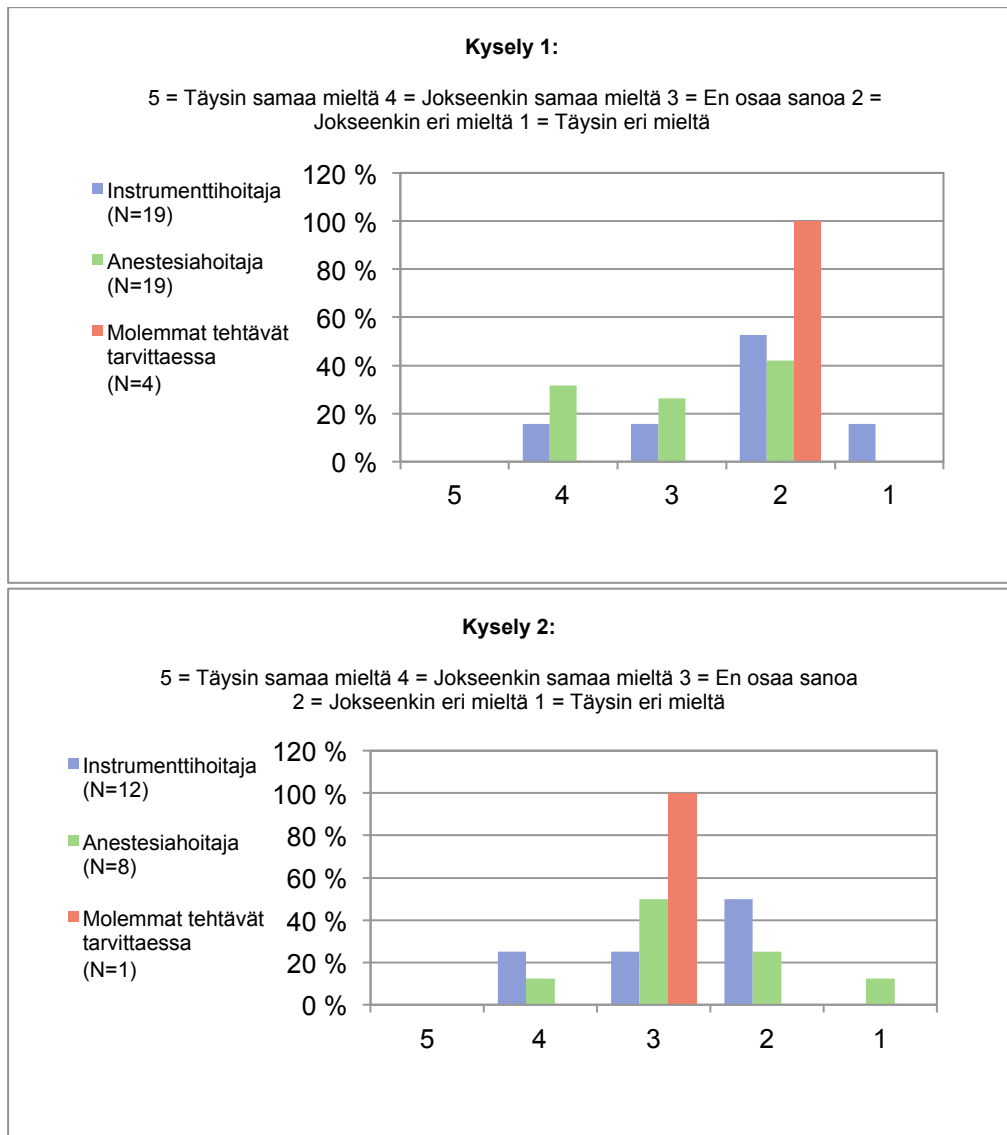
Yli puolet osallistujista koki, että potilasturvallisuus ei täysin näy keskeisenä arvona työyksikön johtamistavassa. Uusittaessa kysymys toisessa kyselyssä mielipide samaan väittämään oli jakautunut tasaisemmin mielipideasteikolle. Tällöin 37 % vastaajista oli joko täysin tai osittain sitä mieltä, että potilasturvallisuus näkyy johtamistavassa keskeisenä arvona ja 23 % vastaajista oli väittämän kanssa jokseenkin eri mieltä. 41 % ei osannut sanoa kantaansa asiaan. Henkilökunnan riittävyys töistä selviämiseen huolestutti suurinta osaa kyselyyn osallistujista. Ensimmäisellä kyselykerralla 46 % osallistujista oli väittämän ”meillä on riittävästi henkilökuntaa töistä selviämiseen” kanssa täysin eri mieltä ja 37 % jokseenkin eri mieltä. Toistettaessa kysely puoli vuotta myöhemmin mielipiteet olivat edelleen hyvin samansuuntaiset.

Leikkaussalin sosiaalisen työympäristön tärkein tekijä on tiimityö. Kyselyyn osallistuneista sairaanhoitajista hieman yli puolet oli molemmilla kyselykerroilla sitä mieltä, että tiimien kokoonpanon muuttuminen uhkaa potilasturvallisuutta (kuva 4). Näin ajattelivat sairaanhoitajat työtehtävästä riippumatta (liite 5, ristiintaulukointi 4).



Kuva 4. Tiimien kokoonpanon muuttaminen uhkaa mielestäni potilasturvallisuutta

Ensimmäisellä kyselykerralla 42 % anestesiahoitajista sekä yli puolet instrumenttihoitajista oli jokseenkin ja 16 % oli täysin sitä mieltä, että leikkausosaston työtehtävien jakaminen ei perustu todelliseen osaamiseen. Samoin ajattelivat kaikki ne kyselyyn osallistuneet hoitajat, jotka hallitsevat sekä instrumentti- että anestesiahoitajan työt. Toistettaessa kysely puoli vuotta myöhemmin tulokset olivat hyvin samansuuntaiset. Puolet instrumenttihoitajista sekä 38 % anestesiahoitajista olivat edelleen sitä mieltä, että todellinen osaaminen ei vaikuta työtehtävien jakamiseen. (kuva 5; liite 5, ristiintaulukointi 5).



Kuva 5. Tehtävien jako työyksikössämme perustuu todelliseen osaamiseen

Sosiaalisen työyhteisön avoimuutta mitattiin virheistä oppimisen, niiden myöntämisen sekä virheiden käsittelyn kautta. Molemmissa kyselyissä tulokset olivat hyvin samansuuntaiset (taulukot 2 ja 3). Osallistujat olivat sitä mieltä, että virheiden myöntäminen on helppoa, eivätkä hoitajat pelkää syylistämistä virheen satuttua, eivätkä myöskään rankaisua. Yli puolet kokivat, että heidän työyksikössään leikkaussalissa opitaan virheistä ja he kokivat, että virheet käsitellään työyhteisössä asiallisesti. Haipro-ohjelman avulla raportoidaan leikkaussalissa potilasturvallisuutta vaarantavia asioita ja suurin osa kyselyyn osallistuneista sairaanhoitajista koki hallitsevansa sen käytön.

Taulukko 2. Sosiaalisen työyhteisön avoimuus (kysely 1)

	5	4	3	2	1	Yht.
Hallitsen HaiPro- ohjelman käytön	31 %	45 %	12 %	12 %	0 %	42
Syyllistämisen pelko työyksikössäni vaikeuttaa virheidäni myöntämistä	2 %	14 %	19 %	52 %	12 %	42
Työyksikössäni opitaan virheistä	7 %	57 %	17 %	17 %	2 %	42
Työyhteisömme ei rankaise virheistä	17 %	36 %	29 %	17 %	2 %	42
Käsitlemme virheet työyhteisös- sämme asiallisesti	14 %	36 %	31 %	14 %	5 %	42

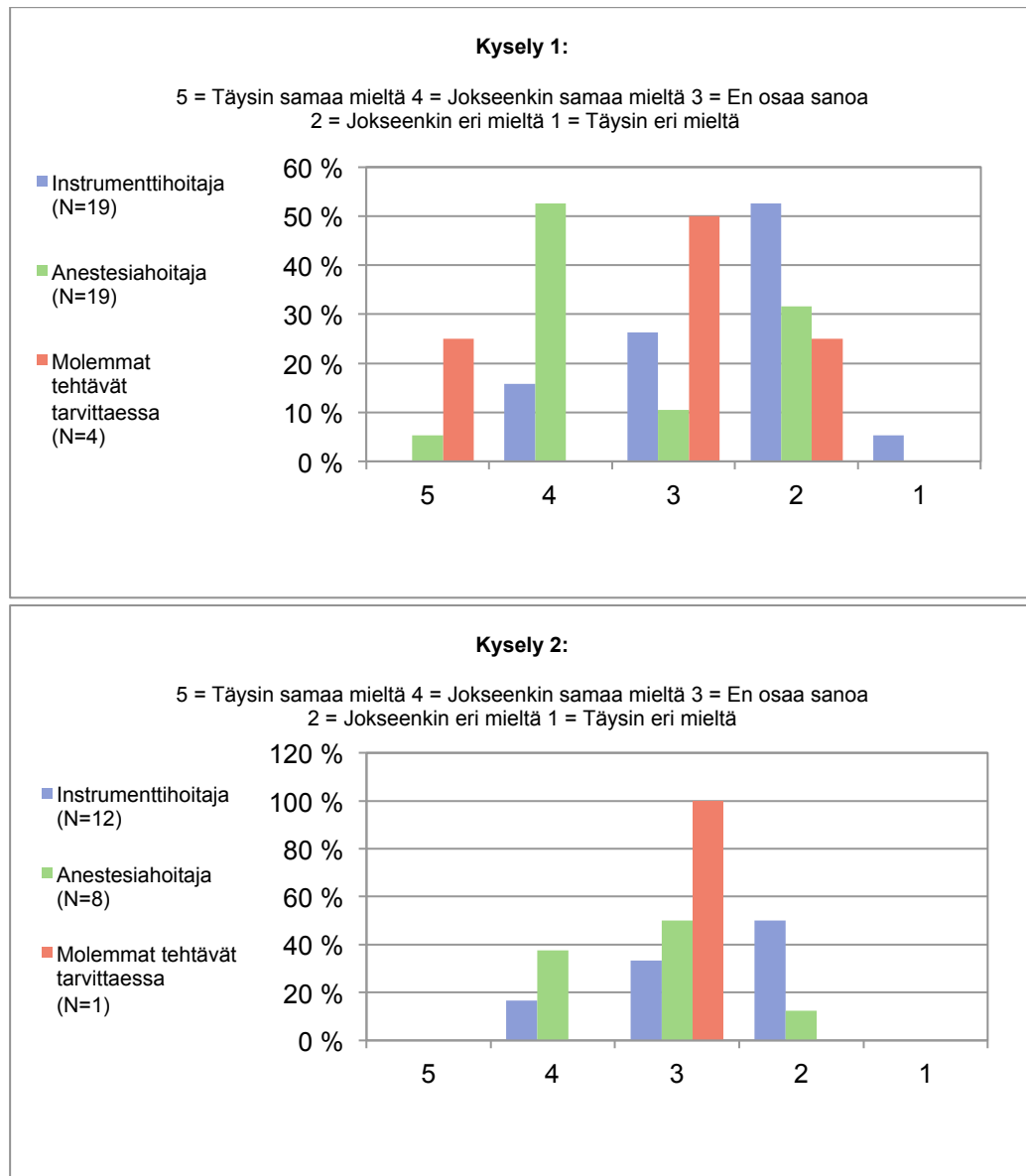
Taulukko 3. Sosiaalisen työyhteisön avoimuus (kysely 2)

	5	4	3	2	1	Yht.
Hallitsen HaiPro- ohjelman käytön	45 %	36 %	14 %	5 %	0 %	22
Syyllistämisen pelko työyksikössäni vaikeuttaa virheidäni myöntämistä	5 %	9 %	41 %	32 %	14 %	22
Työyksikössäni opitaan virheistä	0 %	50 %	41 %	9 %	0 %	22
Työyhteisömme ei rankaise virheistä	23 %	36 %	27 %	9 %	5 %	22
Käsitlemme virheet työyhteisös- sämme asiallisesti	9 %	36 %	32 %	18 %	5 %	22

Kyselyn ensimmäisessä osiossa kommunikointitaitoja mitattiin hyvin pintapuolisesti kahdella väittämällä. Leikkaussalin sairaanhoitajat olivat kaikki sitä mieltä, että potilasturvallisuuden kannalta hyvä raportointi on tärkeää ja se parantaa potilasturvallisuutta. Raportoinnin merkitys korostuu erityisesti tilanteessa, jolloin potilas tulee saliin.

5.2 Dialogin toteutuminen leikkaussalissa sairaanhoitajien kokemana

Leikkaussalin sairaanhoitajien kokemuksia työyhteisönsä dialogin toteutumisesta kartoitettiin kyselyssä monin eri väittämin. Suurin osa osallistujista koki, että saa työyhteisössään mielipiteensä kuuluville, heitä kuunnellaan ja heidän mielipiteitään arvostetaan. He uskaltavat kertoa mielipiteensä työyhteisössä sekä kokevat olevansa arvokkaita työntekijöitä. Huomionarvoisena seikkana kuitenkin oli, että kyselyyn osallistuneista sairaanhoitajista 42 % ensimmäisellä ja 32 % toisella kyselykerralla koki, että työyhteisön ilmapiiri ei ole kuitenkaan avoin. Etenkin instrumentoivat sairaanhoitajat ajattelivat asian tällä tavalla, heistä yli puolet molemmilla kyselykerroilla kokivat, että työyhteisön ilmapiirissä olisi parannettavaa (kuva 6). Työrauhan puuttumista koki noin 40 % kyselyyn osallistuneista sairaanhoitajista.



Kuva 6. Työyhteisössämme vallitsee avoin ilmapiiri

Tiimityö on leikkaussalityöskentelyä kuvaavaa ja siinä korostuu yhteistyö, arvostus ja kommunikointi. Kyselyyn osallistujista yli 80 % piti itseään hyvänä tiimityöntekijänä, joka ei valikoi työkavereitaan ja joka arvostaa kaikkien työkavereidensa osaamista sekä tapaa tehdä työtä, vaikka työntekotapa olisikin erilainen kuin itsellä. Kuitenkin yli 50 % koki, että kaikkien sairaanhoitajien välillä ei vallitse hyvä työilmapiiri. Lähes kaikki kyselyyn osallistuneet sairaanhoitajat olivat valmiita kehittämään omaa vastuualuettaan työkaverilta saadun palautteen mukaan ja kokivat, että keskustelu työyhteisössä tuo esiin hiljaista tietoa. Tuloksissa ei ollut vaihtelua kyselykertojen välillä.

Tiimityö lääkäreiden kanssa koettiin pääosin sujuvaksi, ja sitä kuvaa käsite ”hyvin ohjelmoitu tiimi”. Näin ajatteli yli puolet osallistuneista sairaanhoitajista.

Tosin 24 % kaikista vastaajista, erikseen ristiintaulukoituna 42 % instrumentoivista sairaanhoitajista, ensimmäisellä kyselykerralla ajatteli, että siinä olisi myös parannettavaa (taulukko 4). Tätä näkemystä ei enää toisella kyselykerralla ollut havaittavissa.

Taulukko 4. Lääkärien ja hoitajien tiimityöskentelystä (kysely 1)

Lääkärit ja hoitajat työskentelevät kuin hyvin ohjelmoitu tiimi	Instrumenttihoitaja (N=19)	Anestesiahoitaja (N=19)	Molemmat tehtävät tarvittaessa (N=4)
Täysin samaa mieltä	0 %	5 %	0 %
Jokseenkin samaa mieltä	37 %	74 %	50 %
En osaa sanoa	21 %	16 %	25 %
Jokseenkin eri mieltä	42 %	5 %	25 %
Täysin eri mieltä	0 %	0 %	0 %

Molemmilla kyselykerroilla hieman yli puolet kyselyyn osallistuneista sairaanhoitajista koki, että yhteistyö lääkäreiden kanssa on sujuvaa. Heistä yli 60 % oli anestesiahoitajia sekä suurin osa niistä sairaanhoitajista, jotka hallitsevat sekä anestesia- että instrumentointityöt (liite 5, ristiintaulukointi 6). Ensimmäisessä kyselyssä puolet osallistujista kuitenkin koki, että lääkärit ja hoitajat eivät ole tasavertaisia tiimin jäseniä. Tämä oli hieman tasoittunut toiseen kyselykertaan, jolloin jo 37 % koki, että tasavertaisuus näkyy työssä, kun 36 % osallistujista koki edelleen, että se ei työssä näy. 27 % osallistujista ei osannut sanoa väittämään kantaansa. Ristiintaulukoituna ensimmäisessä kyselyssä ei työtehtävällä ollut väittämän vastaukseen suurta merkitystä, kun kysely toistettiin, etenkin instrumenttihoitajat kokivat edelleen, että lääkärit ja hoitajat eivät työskentele samalla viivalla tiimissä (liite 5, ristiintaulukointi 7).

Kommunikointitaitoja tiimityössä kartoitettiin väittämällä ”lääkärien ja hoitajien välillä vallitsee avoin kommunikointi”. Noin 30 % osallistujista molemmilla kyselykerroilla eivät osanneet ottaa kantaa asiaan. Ensimmäisessä kyselyssä 31 % ja toisessa 36 % kyselyyn osallistujista koki, että väite piti osittain paikkansa. Leikkaussalisairaanhoitajien, jotka olivat väitteen kanssa joko täysin tai osittain eri mieltä, osuus laski ensimmäisen kyselykerran 40 %:sta toisen kyselyn 23 %:iin. Työtehtävittäin tarkasteltuna pääosin instrumentoivat (58 %) sekä molemmat työtehtävät hallitsevat (50 %) sairaanhoitajat olivat sitä mieltä, että kommunikointi lääkäreiden kanssa ei ole avointa, kun taas 53 % anes-

tesiahoitajista piti kommunikointia avoimena. Toistettaessa kysely erot olivat tasaantuneet ja useampi instrumenttihoitaja piti hoitaja-lääkäri kommunikointia avoimempuna kuin ennen. (taulukot 5 ja 6).

Taulukko 5. Lääkäreiden ja hoitajien välinen kommunikointi (kysely 1)

Lääkäreiden ja hoitajien välillä vallitsee avoin kommunikointi	Instrumenttihoitaja (N=19)	Anestesiahoitaja (N=19)	Molemmat tehtävät tarvittaessa (N=4)
Täysin samaa mieltä	0 %	0 %	0 %
Jokseenkin samaa mieltä	16 %	53 %	0 %
En osaa sanoa	26 %	21 %	50 %
Jokseenkin eri mieltä	53 %	26 %	50 %
Täysin eri mieltä	5 %	0 %	0 %

Taulukko 6. Lääkäreiden ja hoitajien välinen kommunikointi (kysely 2)

Lääkäreiden ja hoitajien välillä vallitsee avoin kommunikointi	Instrumenttihoitaja (N=12)	Anestesiahoitaja (N=8)	Molemmat tehtävät tarvittaessa (N=1)
Täysin samaa mieltä	17 %	0 %	0 %
Jokseenkin samaa mieltä	17 %	63 %	0 %
En osaa sanoa	42 %	13 %	100 %
Jokseenkin eri mieltä	25 %	25 %	0 %
Täysin eri mieltä	0 %	0 %	0 %

Tiimityön lisäksi leikkaussalin sairaanhoitajat joutuvat tekemään yhteistyötä ja käyttämään kommunikointitaitojaan myös eri osastojen kanssa. Noin puolet kyselyyn osallistuneista sairaanhoitajista molemmilla kyselykerroilla koki, että yhteistyö vuodeosaston sairaanhoitajien kanssa on sujuvaa. Ensimmäisen kyselykerran kolmasosan kannatus oli noussut toisella kyselykerralla lähes 60 %:iin, kun sairaanhoitajien mielipidettä kysyttiin väittämään ” raportointitilanne potilaan tullessa saliin on selkeä ja saan tarvitsemani tiedon”.

Esimiehet ja johtaminen ovat keskeisessä roolissa leikkaussalin fyysisessä työympäristössä. Yli puolet kyselyyn osallistuneista sairaanhoitajista koki, että työyhteisön ristiriitatilanteita ei ratkaista kunnolla. Tuloksia tarkastellessa tässä väittämässä ei ollut työtehtävistä tai kyselykerrasta johtuvaa eroavaisuutta (liite 5, ristiintaulukointi 8). Kyselyyn osallistujien mielipiteiden jakaumassa oli paljon eroa, kun kysyttiin esimiehen puuttumisesta epäasialliseen käytökseen. Viidesosa ensimmäisellä ja 36 % toisella kyselykerralla eivät osanneet sanoa kantaansa. Ensimmäisessä kyselyssä 40 % ja toisessa 32 % oli sitä mieltä.

että epäasialliseen käytökseen esimiehet puuttuvat hyvin tai jokseenkin hyvin, mutta myös 39 % ensimmäisellä ja 32 % toisella kyselykerralla ajatteli, että epäasialliseen käytökseen ei puututa ollenkaan tai tarpeeksi hyvin. Ensimmäisessä kyselyssä erityisesti hoitajat, jotka hallitsevat molemmat työtehtävät leikkaussalissa, kokivat, että epäasialliseen käytökseen pitäisi puuttua paremmin. Toisessa kyselyssä tämä mielipide korostui anestesiahoitajien kokemana, vaikka vielä myös 17 % instrumenttihoitajista oli täysin sitä mieltä, että esimiehet eivät puutu epäasialliseen käytökseen (liite 5, ristiintaulukointi 9). Edellisen väittämän tavoin hajontaa tapahtui mielipideasteikolla väittämässä ”esimieheni ovat valmiita viemään kehittämis ehdotuksia eteenpäin”. Mielipiteessä ei ollut suurta eroavaisuutta työtehtävien mukaan kummallakaan kyselykerralla (liite 5, ristiintaulukointi 10). Ensimmäisessä kyselyssä 40 % ei osannut sanoa kantaansa, mutta 31 % oli väitteen kanssa joko osittain tai täysin eri mieltä ja 29 % osittain samaa mieltä. Toisella kyselykerralla 45 % osallistujista ei osannut sanoa kantaansa, mutta 18 % oli väitteen kanssa jokseenkin eri mieltä ja jo 36 % osittain samaa mieltä. Toisessa kyselyssä mielipide oli siis hieman muuttunut paremmaksi kehittämis ehdotusten eteenpäinviemisen kannalta.

5.3 Sairaanhoitajien kokemukset dialogin vaikutuksesta potilasturvallisuuteen

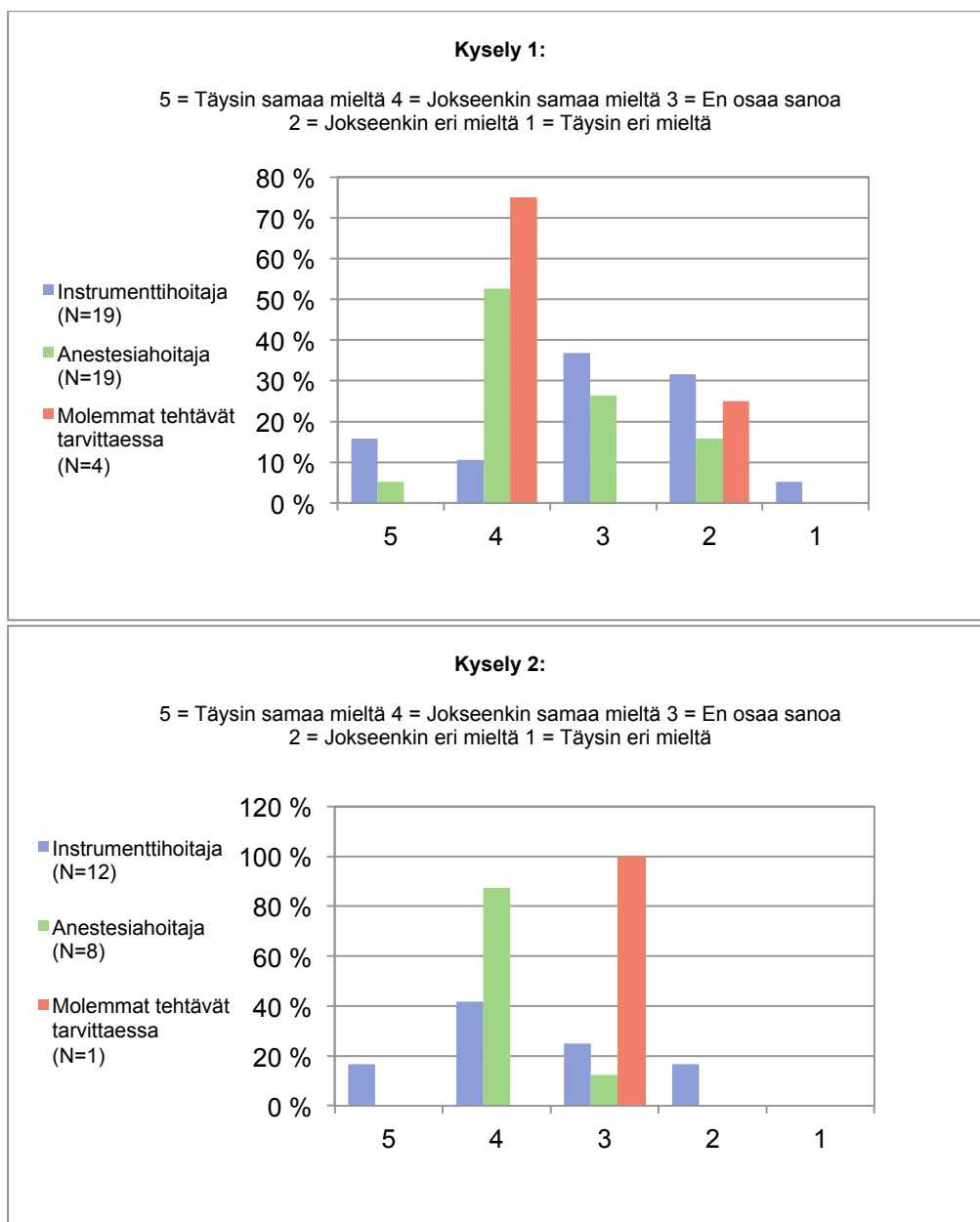
Molempien kyselyiden tulosten mukaan leikkaussalisairaanhoitajat kokivat, että hyvä kommunikointi leikkaustiimin sisällä on potilasturvallisuuden kannalta tärkeää. Heidän vastausten mukaan kommunikointitapojen harjoittelu lisää potilasturvallisuutta ja rakentavaa kommunikointia (kuuntelemista, kunnioittamista, kysymistä, keskustelua ja kiittämistä) voi harjoitella, sillä kyselyyn osallistuneiden mielestä kommunikointivirheet heikentävät potilasturvallisuutta. Lisäksi toisten työn arvostaminen koettiin potilasturvallisuuteen vaikuttavana tekijänä, ja hiljaisella tiedolla on merkitystä potilasturvallisuudelle.

Carean asiakkuusvalmennuksella ei koettu olevan suurta merkitystä potilasturvallisuuteen. Ensimmäisellä kyselykerralla osallistujista 50 % ajatteli, että asiakkuusvalmennus ei paranna potilasturvallisuutta eikä sen koettu antavan uusia näköaloja potilasturvallisuuteen, tosin noin neljäsosa ei osannut ottaa väittämiin kantaa. Toisaalta asiakkuusvalmennus sai myös ensimmäisessä

kyselyssä kannatusta, sillä 21 % ajatteli, että koulutus voi parantaa potilasturvallisuutta ja 26 % koki koulutuksen antavan uusia näköaloja. Toisella kyselykerralla 36 % ei osannut ottaa asiakkuusvalmennuskysymyksiin kantaa ja asiakkuuskoulutuksiin liittyvien väitteiden kannatus oli laskenut 21 %:sta 9 %:iin ja 26 %:sta 19 %:iin.

Tarkistuslistalla oli suuri merkitys sairaanhoitajien kokemukseen potilasturvallisuuteen vaikuttavasta tekijästä. 96 % kyselyyn osallistujista ajatteli, että tarkistuslista parantaa huomattavasti potilasturvallisuutta. Sen etuna leikkaussali-työskentelyssä pidettiin myös sitä, että sen koetaan lisäävän leikkaustiimin kommunikointia työyksikössä.

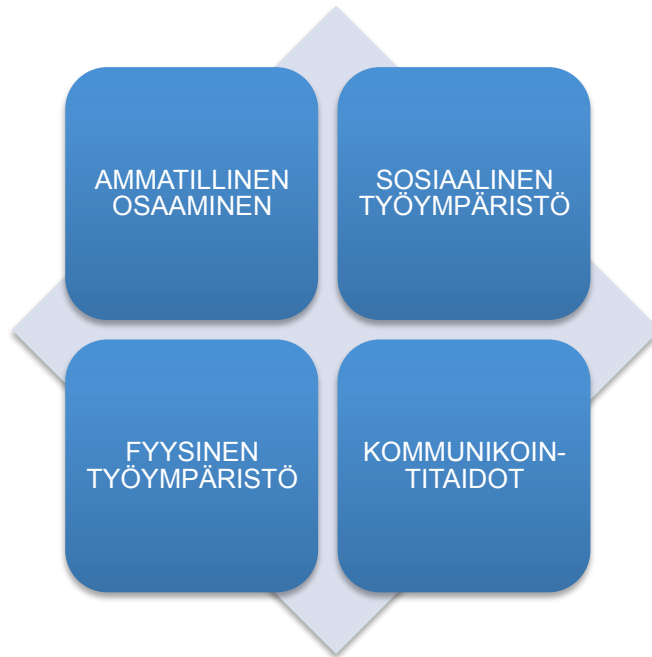
Kommunikoinnin toteutumista mitattiin kahdella väittämällä. Eri ammattiryhmien välillä tapahtuvan kommunikoinnin avoimeksi ensimmäisessä kyselyssä arvioivat 31 % instrumentti-, 48 % anestesia- sekä 25 % leikkaussalihoitajista, jotka osaavat molemmat työtehtävät tarvittaessa. Hieman suurempi osa (37 %) instrumenttihoitajista arvioi, että kommunikointi ei ole täysin avointa, kun vastaava luku anestesiahoitajalla oli 26 % ja molempia työtehtäviä hallitsevalla hoitajalla 25 %. Toisella kyselykerralla anestesiahoitajien osuus, jotka pitävät kommunikointia eri ammattiryhmien välillä avoimena, oli kasvanut 75 %:iin, kun taas instrumenttoivien sairaanhoitajien osuus oli hieman laskenut 25 %:iin. (liite 5, ristiintaulukointi 11). Kuvasta 7 näkee, että kommunikointi lääkäreiden kanssa koettiin molemmilla kyselykerroilla etenkin instrumenttihoitajien keskuudessa ongelmalliseksi, kun anestesiahoitajien enemmistö piti sitä helppona. Toisella kyselykerralla myös instrumenttihoitajat kokivat kommunikoinnin helpommaksi lääkäreiden kanssa (liite 5, ristiintaulukointi 12).



Kuva 7. Kommunikointi lääkäreiden kanssa on helppoa työyksikössäni

5.4 Leikkaussalisairaanhoitajien näkemykset työyksikön potilasturvallisuudesta

Kyselylomakkeen avoimilla kysymyksillä haettiin vastausta kolmeen kysymykseen. Miten kehittäisit leikkaussalin potilasturvallisuutta? Mikä on tärkein leikkaussalin potilasturvallisuutta heikentävä asia, johon haluaisit heti ratkaisun? Mistä asioista muodostuu mielestäsi hyvä leikkaustiimi? Vastaukset yhdistettiin ensimmäisen ja toisen kyselykerran jälkeen samoihin taulukoihin sisällönanalyysin selkeyttämiseksi. Analyysin alussa alkuperäiset vastaukset kirjoitettiin ylös sanatarkasti, jonka jälkeen ne pelkistettiin ja ryhmiteltiin yläkategorioihin (liite 5). Vastausten ryhmittely tuotti lopulta neljä pääluokkaa (kuva 8).



Kuva 8. Pääluokat

Kysymys, miten kehittäis leikkaussalin potilasturvallisuutta sai 33 vastausta. Niistä nousi esiin yleisimpinä sanoina ”työrauha” 12 kertaa:

”Rauha tehdä työ, ei turhaa kiirettä ja hätäilyä jos ei todella ole hätä.”
 ”Sählinki ja hälinä kuriin, työrauha kaikille.”

Tarkistuslista ja sen käyttö ja käyttämättömyys nousivat voimakkaasti esiin avoimissa vastauksissa ja sitä käsiteltiin kahdeksassa vastauksessa. Kyseeseen osallistuneet leikkaussalisairaanhoitajat kokivat, että tarkistuslista toimisi paremmin potilasturvallisuutta parantavana tekijänä, jos siitä tulisi rutiini, sitä käytettäisiin jokaisessa leikkauksessa, sen täyttäminen tapahtuisi tarkemmin ja siihen sitoutuisi jokainen leikkaustiimin jäsen lääkäreistä sairaanhoitajiin.

Sana ”työntekijämäärä” esiintyi vastauksissa seitsemän kertaa. Työtehtävistä ja saleista toiseen siirtely työpäivän aikana koettiin kuormittavaksi. Osallistujat kokivat, että henkilöstömitoitus ei ole oikea työtehtävien määrään ja laatuun suhteutettuna.

”Riittävä henkilöstömitoitus kutakin työtehtävää varten.”
 ”Turha henkilöstön pompottelu salista toiseen - -”

Vastauksissa käsiteltiin paljon myös käsitteitä ”asianmukaiset ja ehjät työvälineet ja tilat”, ”pelisäännöt”, ”ohjeet”, ”perehdytys/koulutus”, ”kommunikaatio”

sekä ”eri ammattiryhmien välinen yhteistyö”. Myös ”esimiesten rooli” nousi yhdessä vastauksessa vahvasti esiin. Lisäksi vastauksista löytyi myös ajatuksia, jotka liittyvät ihmisten väliseen kommunikointiin ja toimintaan. Näitä olivat ”kunnioittaminen ja avoimuus”, ”sitoutuminen”, ”tuttuus ja toisiin luottaminen”, ”arvostaminen”, ”raportointi ja tiedonkulku” sekä ”toisen huomiointi”.

Toisessa kysymyksessä pyydettiin kyselyyn osallistuneita leikkaussalisairaanhoitajia miettimään, mikä on tärkein potilasturvallisuutta heikentävä asia, johon haluaisit heti ratkaisun. Vastauksia saatiin 35 kappaletta. Potilasturvallisuutta heikentäviksi asioiksi nousivat 14 kertaa sana ”kiire”, jonka alle kerättiin samaa tarkoittavina sanoina ”hätäily” sekä ”työrauhan parantaminen”. Työympäristön kunto ja tilojen ahtaus sekä työvälineiden toimimattomuus koettiin seitsemässä vastauksessa potilasturvallisuutta heikentävänä asiana. Myös henkilöstön ammattitaito ja -määrä sekä tiedonkulun ja kommunikaation ongelmat olivat kyselyyn osallistuneiden sairaanhoitajien huolenaiheena:

”Jos leikkausteamissa olevat ovat kaikki uusia ja kukaan ei oikein tiedä mitä siinä leikkauksessa tullaan tekemään, miten leikkausasentoa muutetaan ja miten laitteet toimii.”

”Toimivia laitteita tai välineitä ei aina löydy joka salista. Tähän ratkaisu olisi, että salissa päivävuorossa työskennellyt hoitaja tarkistaisi vuoron päätteeksi, että salin varustelu on kunnossa, ja mikäli havaitsisi puutteita, hoitaisi itse asian eteenpäin.”

Tarkistuslistan käyttö sekä yhtenevien toimintamallien puute ja pelisääntöjen noudattamattomuus aiheuttivat myös huolta potilasturvallisuuden onnistumisen kannalta. Vastausten mukaan pelisääntöjen toimimattomuutena koettiin esimerkiksi etenkin se, että salit ovat huonosti ja puutteellisesti täytettyjä työpäivän jälkeen ja salitarvikkeiden täytoissä puuttuu yhtenäinen linja. Lisäksi potilasturvallisuutta heikentävänä tekijänä pidettiin esimiesten sitoutumisen ja näkemyksen puutetta leikkaussalin perustuksesta. Koettiin, että esimiehet eivät arvosta ja kuuntele näkemyksiä potilasturvallisuuteen liittyvissä asioissa.

”- - puututaan tällä hetkellä liikaa epäolennaisuuksiin eikä kuunnella, mitkä toimintatavat tukevat oikeasti työntekoa.”

Viimeiseksi kartoitettiin leikkaussalisairaanhoitajien näkemyksiä hyvästä leikkaustiimistä, johon vastauksia saatiin 33 kappaletta. Vastauksista esiin nou-

sevia eniten esiintyviä käsitteitä olivat ”toisen työn arvostaminen ja kunnioittaminen” 14 kertaa ja ”ammattitaito” 13 kertaa. ”Avoin ilmapiiri ja avoimuus” sekä ”kommunikaatio” sisältäen termit ”keskustelu” ja ”yhteiset suunnitelmat tiimissä” esiintyivät vastauksissa 11 kertaa. Muita hyvään leikkaustiimiin liittyviä käsitteitä, joita esiintyi vastauksissa alle 10 kertaa olivat ”sitoutuminen ja yhteinen päämäärä”, ”huomioon ottaminen, auttaminen ja yhteistyö”, ”kuuntele”, ”hyvä huumori ja yhteishenki”, ”ystävällisyys”, ”kollegiaalisuus”, ”luottaminen” ja ”tuttuus”:

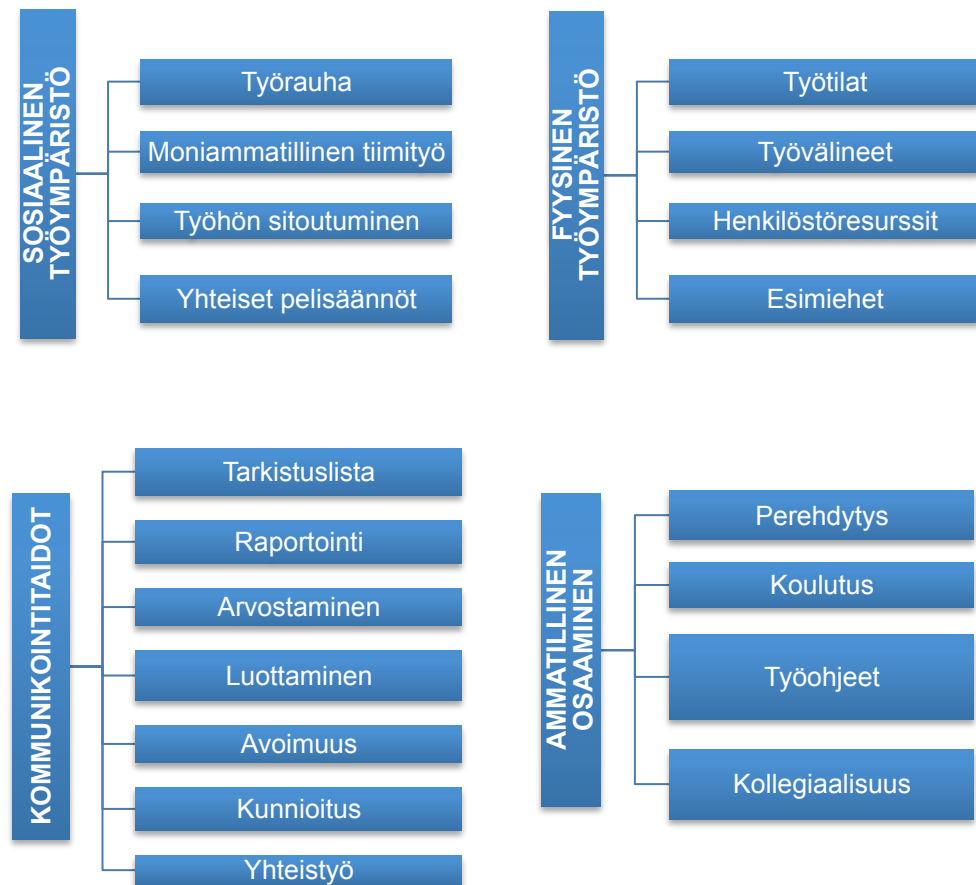
”Avoin ilmapiiri, kommunikaatio koko tiimin kesken. Neuvoja annetaan puolin ja toisin, palaute on rakentavaa.”

”Kaikkien työpanosta arvostetaan, vaikka taidot ovatkin eri henkilöillä erilaisia”

”Ammattitaitoa ja yhteen hiileen puhaltamista eri ammattiryhmien välillä.”

Vastauksista nousi esiin selkeästi myös ajatus, että hyvä leikkaustiimi sisältää henkilöitä, joilla on vankka ammattitaito ja halu kehittyä. Tiimin jäsenet pyrkivät aina parhaimpaansa mahdollisimman hyvin, tehokkaasti ja turvallisesti. Työmotivaatio on vahvaa ja työkavereille annetaan mahdollisuus tehdä työt rauhassa ja keskittyneesti.

Avointen kysymysten analysoinnin jälkeen luotiin kuvio leikkaussalisairaanhoitajien näkemyksistä työyksikkönsä potilasturvallisuuteen liittyvistä tekijöistä Kymenlaakson keskussairaalan leikkausosastolla. (kuva 9).



Kuva 9. Potilasturvallisuuteen liittyvät tekijät

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Kymenlaakson keskussairaalan leikkaussalin sairaanhoitajien asenteita ja dialogin merkitystä leikkaussalin potilasturvallisuuteen. Lisäksi Carean, Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän, toteuttaman asiakkuuskoulutuksen merkityksen selvittäminen leikkaussalisairaanhoitajien työskentelyyn kuului tutkimuksen tarkoituksiin.

Tutkimustulokset osoittavat, että leikkaussalin sairaanhoitajat Kymenlaakson keskussairaalaossa pitävät potilasturvallisuutta hyvin tärkeänä osana työtään. He kokevat, että heillä on taitoja potilasturvallisuusriskien ennakointiin, mutta

ajattelevat, että työkaverit eivät kaikki aina ole tarpeeksi sitoutuneita potilasturvalliseen työntekoon. Potilasturvallisuuden hallinta vaikuttaakin olevan subjektiivinen kokemus, sairaanhoitajat kokevat itse hallitsevansa sen omassa työssään ja osaavat kriittisesti arvioida työkaverinsa työntekoa potilasturvallisuuden näkökulmasta ollen kuitenkin sokeampia omille kuin toisten virheille ja puutteille.

Ugurin ym:n (2016, 593 - 597) tekemän tutkimuksen mukaan leikkaussalihenkilökunnan ajatukset potilasturvallisuutta uhkaavista asioista liittyvät pätevän henkilökunnan puutteeseen, pitkien työvuorojen aiheuttamaan väsymykseen ja stressiin, kommunikointivirheisiin, aikatauluihin ja kiireiseen työtahtiin, tekniseen osaamattomuuteen ja koulutuksen puutteeseen, huonoon tiimityöhön, huolimattomuuteen työnteossa, työn monimutkaisuuteen sekä huonoon perehdytykseen. Tämän tutkimuksen tulokset ovat Ugurin ym:n tutkimuksen kanssa hyvin samansuuntaiset. Kiire ja hätäily nousevat keskeisiksi potilasturvallisuutta heikentäviksi tekijöiksi leikkaussalisairaanhoitajien vastauksissa. Ne ajavat leikkaussalityöskentelyn helposti tilanteeseen, jossa instrumentti- ja anestesiahoitajat eivät ehdi perehtyä potilaaseen kunnolla ennen leikkauksen aloitusta. He joutuvat tekemään monia asioita kerralla, ja tämä aiheuttaa helposti virheitä työsuoritukseen ja sitä kautta potilasturvallisuuteen. Lisäksi pompottelu ja tehtävistä toiseen juoksuttaminen koetaan kuormittavaksi ja lisäävän kiireen tuntua. Osittain kiire ja etenkin työtehtävistä toiseen siirtely johtuvat leikkaussalisairaanhoitajien henkilöstövajeesta, jolloin leikkaukset pyritään saamaan tehtyä siirtelemällä henkilökuntaa salista ja tehtävästä toiseen. Henkilökunnan siirtely salista toiseen aiheuttaa lisäksi helposti tilanteen, jossa salit jäävät tavaroiden puolesta vajaiksi ja ennen seuraavan leikkauksen aloitusta aikaa kuluu turhaan salipuutteiden täyttämiseen.

Kuitenkin tutkimusten mukaan leikkaussalityöskentelylle on ominaista se, että leikkaustiimit eivät pysy päivästä toiseen samoina, vaan muuttuvat usein jopa työvuoron aikana (Kaldheim & Slettebo 2016, 1898). Työtehtävien jakaminen ja sairaanhoitajien salisijoittelu ovat pitkälti olleet esimiesten vastuualueena leikkaussalissa. Eräs kyselyyn osallistuneista sairaanhoitajista on peräänkuulluttanut vastauksessaan kysymykseen, miten kehittäisit leikkaussalin potilasturvallisuutta, seuraavaa:

”Esimiehet paremmin sitoutuneiksi, nähtävä koko päivän kokonaisuutena ilman, että alkaa kauhea höykyttäminen salista toiseen - -”.

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan, salisijoittelu ei tällä hetkellä täysin noudata hoitajien todellista osaamista ja ammattitaitoa ja he kokevat, että tiimien kokoonpanon muuttaminen uhkaa potilasturvallisuutta. Jos leikkaussalin hoitajia kierrätetään eri erikoisalojen välillä, on huolehdittava, että työhön on kunnollinen perehdytys ja koulutus, jossa tähän tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat kokevat olevan parantamisen varaa. Olisi tärkeää, että kaikki sairaanhoitajat kokisivat pärjäävänsä saleissa ilman tunnetta stressistä ja riittämättömyydestä. Jos salihenkilökunta joutuu jatkuvasti arpomaan leikkaukseen tarvittavia välineitä, leikkauksen etenemistä, leikkausasennon laittoa sekä salin kattamista toimenpidettä varten, ollaan väärällä suunnalla potilasturvallisuuden kehittämisen kannalta. Kuten Ugur ym. (2016, 595) toteavat, onnistuakseen tämä hoitajien eri saleissa ja toimenpiteissä kierrättäminen vaatii henkilökunnan kunnollisen perehdytyksen, sillä muuten se heikentää leikkaustii-min toimintaa.

Miten säilyttää ja taata kaikkien sairaanhoitajien osaaminen jokaisella leikkaussalin erikoisalalla, sillä leikkaussalin jatkuvasti muuttuva ja kehittyvä työtapaa asettaa sille paljon haasteita? Erityisesti tiedonkulkua ja kommunikointia on parannettava eri erikoisalojen vastuuhoitajien välillä, pidettävä säännöllisiä aamumeetingejä, joissa uusia ja vanhoja toimintatapoja käydään läpi sekä mahdollisesti käytännönläheisempi harjoittelu erilaisin simulaatioin olisivat varmasti hyviä keinoja parempaa kouluttamiseen ja perehdytykseen. Lisäksi osaaminen helpottuu, kun ymmärtää ja arvostaa toisen työtä. Kuldheimin ja Slettebon (2016, 1892 – 2686) mukaan toisten työn ymmärtäminen auttaa selkiyttämään eri ammattiryhmien rooleja, vastuita ja tehtäviä. Tutkimusten mukaan leikkaussali näyttää hyötyvän dialogisen kommunikoinnin harjoittelusta, sillä tämä lisää osaamista ja nostaa esiin hiljaista tietoa.

Työ- ja toimenpideohjeista on suuri apu silloin, kun leikkaus ei ole kovin tuttu salihenkilökunnalle. Tämän tutkimuksen tuloksista kuitenkin huomioitavaa on, että ohjeiden selkeydessä olisi parannettavaa. Sairaanhoitajat kokevat, että ohjeissa on liikaa erilaisia toimintatapoja samaan leikkaukseen, koska ohjeet ovat hyvin lääkärikeskeisiä ja toimenpidettä tekevän lääkärin maneeereihin ja

rutiineihin sidottuja, jotka saattavat muuttua nopeastikin ilman, että siitä ehditään kaikille kertoa.

Moniammatillinen tiimityö on olennainen osa leikkaussalin potilasturvallisuutta (Kaldheim & Slettebo 2016, 2284). Tammisen ja Metsävainion (2015, 340) mukaan sekä suullinen että kirjallinen kommunikaatio on tärkeää potilasturvallisuudessa ja samalla se tukee moniammatillista tiimityötä, tehtävien johtamista, tilannetietoisuutta sekä päätöksentekoa. Myös Ugur ym. (2016, 593 - 597) tutkimuksessaan toteavat, että kehittämällä tiimityön harmoniaa sekä dialogisuutta henkilökunnan välillä, voidaan kehittää huomattavasti potilasturvallisuutta. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan dialogisuudella ja sen kehittämiseksi on mahdollisuuksia leikkaussaliympäristössä. Tutkimukseen osallistujat kokevat, että dialogin peruskäsitteitä kuuntelemista, kunnioittamista, kysymistä, keskustelua ja kiittämistä (Punkanen 2017) voi harjoitella. Kommunikointiongelmia koetaan kuitenkin tämän tutkimuksen tuloksissa yhdeksi leikkaussalin potilasturvallisuutta heikentäväksi tekijäksi. Ne linkittyvät tuloksissa usein moniammatillisen tiimityön hoitaja-lääkäri suhteeseen ja siinä kommunikointiin sekä tarkistuslistan käyttötapaan.

Paige ja Chauvin (2008, 98 - 107) ovat todenneet, että on huomioitava työyhteisön avoimuus, virheistä raportoiminen ja kommunikaation tehostaminen sekä parantaminen, kun kehitetään potilasturvallisuutta. Kyselyn vastauksista nousee esiin tarve dialogin ja kommunikoinnin parantamiselle etenkin leikkaustiimin sisällä:

”Asioiden suunnittelu yhdessä (esim seuraava leikkaus) koko leikkaustiimi keskustelee yhdessä”.

Leikkaustiimin kommunikointi parantaa potilasturvallisuutta ja Helovuon ym. (2011, 92) mukaan potilasturvallisuuden kannalta on tärkeää, että työntekijät uskaltavat ilmaista ajatuksiaan, pelkoaan ja epävarmuuttaan työyhteisössä. Lisäksi leikkaussalisairaanhoitajat kokevat tarvetta arvostukselle, kunnioitukselle ja kuuntelulle työyhteisössään ja erityisesti lääkäri-hoitajayhteistyössä. Tutkimuksen tuloksissa näkyy, että sairaanhoitajat kokevat kuilun olevan välillä suuri instrumenttihoitajien ja lääkärien välisessä työskentelyssä ja kommunikoinnissa, vaikkakin toisen kyselykerran jälkeen lääkäreiden kanssa kom-

munikointi koetaankin paremmaksi. Anestesiahoitajat ja -lääkärit työskentelevät leikkaussalissa todella tiiviinä työparina ja keskustelevat ja kommunikoivat keskenään tiiminä aivan eri tavalla kuin instrumenttihoitajat.

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan leikkaussalissa on sairaanhoitajien välillä kunnioittava ja pääosin avoin ilmapiiri, jossa toisen ajatukset ja ideat otetaan hyvin vastaan, mutta kehitettävää olisi vielä lääkäreiden ja hoitajien välisessä dialogissa. Sairaanhoitajat kokevat, etteivät ole tiimissä samanarvoisia lääkäreiden kanssa ja kommunikoinnissa lääkäreiden kanssa on parannettavaa. Tällöin Punkasen (2017) mainitsema tasavertainen ajatusten ja mielipiteiden vaihto ei ole mahdollista moniammatillisessa leikkaussalitiimissä. Hän pitääkin dialogin onnistumisen yhtenä esteenä sairaaloiden sisäisiä hierarkkisia rakenteita, jotka tuovat erilaisia rooliodotuksia. Niin kauan kuin nämä hierarkiarakenteet ovat olemassa, on sairaanhoitajien ehkä hankalampaa tuoda mielipiteensä lääkäreille niin, että niitä myös arvostetaan.

Tutkimuksen tuloksista nousee huolestuttavasti esiin, että lääkäreiden ei koeta sitoutuvan tarkistuslistan käyttöön. Tätä kokemusta kuvaa hyvin erään kyselyyn osallistuneen sairaanhoitajan vastaus kysymykseen, mistä muodostuu hyvä leikkaustiimi:

”Avoimuudesta ja kommunikoinnista sekä toisen työn arvostamisesta, jokainen sitoutuu tarkistuslistaan ilman irstistelyä ja lääkärit vastaavat kysymyksiin asiallisesti olivat ne sitten tarkistuslistassa tai koski se sitten muita potilaaseen liittyviä asioita.”

Monessa vastauksessa heijastuu se, että koko leikkaustiimin, etenkin lääkäreiden, toivotaan sitoutuvan 100 %:sti listan läpikäymiseen ja täyttöön. Valviran (2015) mukaan tarkistuslistojen käyttöönotto ja jatkuva ylläpito edellyttää kaikkien ammattiryhmien hyväksyntää. Tämän edellytyksenä on ensin tiimityön luonteen tiedostaminen ja avoin työilmapiiri, jossa työtä ei tehdä erikseen eri ammattiryhmien raja-aitojen sisällä vaan niiden yli yhdessä.” On tärkeää, että koko leikkaustiimi pysähtyy aidosti miettimään toimenpidettä eikä käy listaa vain rutiininomaisesti läpi. Jos listaa käytetään kaikissa leikkauksissa, se tutkimusten mukaan vähentää huomattavasti leikkauksiin liittyviä haittoja. (Mustajoki ym. (toim.) 2014, 1335 - 1336.)

Tämän tutkimuksen tuloksissa nousee huoli tarkistuslistan huonosta käytöstä. Kaikissa leikkauksissa sitä ei viitsitä käyttää, listaa täytetään liian rutiniomaisesti eivätkä kaikki tiimin jäsenet halua osallistua sen täyttämiseen. Hoitajat haluaisivat, että kaikki leikkaustiimin jäsenet lääkäreitä myöten olisivat paikalla, kun potilas tulee saliin ja osallistuisivat tarkistuslistan läpikäymiseen. On kummallista, miksi joku ei halua tällä tavalla varmistaa potilasturvallisuutta. Kukaan ei voi järkevästi perustella, miksi lista jäisi omalta osaltaan täyttämättä. Tarkistuslista on väline leikkaussalin kommunikoinnin-, tiimityön- ja turvallisuuskulttuurin parantamiseksi (Fudickar ym. 2012, 700) ja se on luotu moniammatilliseen yhteistyöhön, jonka tavoitteena on potilasturvallisuus (Siu ym. 2014, 128). Weiser ja Berryn (2012, 136 - 142) tutkimustuloksissa todetaan, että tarkistuslistan tehtävänä on tukea työyhteisön hyväksytyjä turvallisuuskäytäntöjä sekä vahvistaa tiedonkulkua ja tiimityötä.

Tarkistuslistan käytötapa heijastaa leikkaussalin turvallisuuskulttuuria (Weiser & Berry 2012, 136 - 142). Parhaimmillaan sen käyttö luo ilmapiirin, jossa arvostetaan kuuntelemista, tiedon jakamista, kommunikointia sekä ryhmähengen luomista. Samalla se luo turvallisuutta sekä toiminnan järjestelmällisyyttä ja kurinalaisuutta ja parantaa hoidon laatua. (Siu ym. 2014, 119.) Tämän tutkimuksen tulosten mukaan sairaanhoitajat kokevat, että leikkaussalin turvallisuuskulttuuria pitäisi parantaa. Potilasturvallisuus arvona ei näy johtamisavassa, leikkaussalin sairaanhoitajat ovat huolissaan työyksikkönsä potilasturvallisuuden tasosta ja lisäksi fyysisen toimintaympäristön turvallisuutta pitäisi parantaa.

Esimiesten tärkeänä tämän tutkimuksen tuloksista nousseena tehtävänä on hyvän työilmapiirin luominen. Hyvä työilmapiiri on sidoksissa erityisesti tapaan, miten esimiehet reagoivat ristiriitatilanteisiin ja epäasialliseen käytökseen kuten huutamiseen ja kiukutteluun tiimissä. Aikaisempien tutkimusten mukaan huono käytös voi vaikuttaa katastrofaalisesti potilaan hoitoon. Tämä näkyy esimerkiksi hoitovirheiden määrässä, hoidon tasossa sekä kompromissien luomisessa potilasturvallisuussääntöihin. Lisäksi se vaikuttaa leikkaustiimin keskittymiseen, tiedonkulkuun, kommunikointiin, hankalista työtilanteista selviytymiseen sekä aiheuttaa huonoa työilmapiiriä. (Kaldheim & Slattebo 2016, 1892 - 2686; Paige & Chauvin 2006, 99.) Siksi esimiesten olisikin tärkeä pitää kiinni johtajuudestaan ja huolehtia kunnollisesta puuttumisesta leikkaus-

tiimin jäsenten huonoon käytökseen työyhteisössä, sillä tämän tutkimuksen tulosten mukaan huonoon käytökseen puuttumisessa olisi leikkaussalin esimiehillä vielä paljon parannettavaa. Paigen & Chauvinin (2008, 99) tutkimuksen mukaan leikkaussaleissa esiintyy huonoa käytöstä luvattoman paljon.

Sosiaalisen ympäristön avoimuus on tärkeää, kun työyhteisössä käsitellään sattuneita virheitä. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan sairaanhoitajat kokevat uskaltavansa kertoa sattuneista virheistä, eivätkä pelkää syylistämistä tai rankaisua. Aikaisempien tutkimusten mukaan potilasturvallisuuden kehittämisen kannalta on tärkeää raportoida ja käydä läpi sattuneet vahingot tai läheltä piti tapahtumat koko leikkaustiimin kesken. Käymällä asiat läpi, varmistetaan, että samaa virhettä ei tapahtuisi uudestaan. Tarkoitus ei ole kuitenkaan rankaista eikä syyttää ketään tapahtuneesta. Myös suoran palautteen antaminen on tärkeää. Kun kehitetään erilaisia raportointi ja palautteen antamisen järjestelmiä ja tapoja, kehitetään samalla potilasturvallisuutta. (Ugur ym. 2016, 596.) Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (2011) HaiPro on työkalu potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointiin ja tämän tutkimuksen tulosten mukaan leikkaussalin sairaanhoitajat hallitsevat HaiPro-järjestelmän käytön työssään. Tamminen ja Metsävainio (2015, 338) toteavat, että virhetilanteita tapahtuu hyvin yleisesti erilaisissa potilaan hoitovastuun siirtymävaiheissa hoidon aikana. Tulosten mukaan leikkaussalisairaanhoitajat kokevat saavansa tarvitsemansa tiedon raportointitilanteissa osastolta potilasta tuovan hoitajan kanssa, mutta toisaalta kokevat, että kiire vie heiltä aikaa perehtyä kunnolla potilaaseen ennen leikkauksen aloittamista.

Työtä on mukavampi tehdä jos ryhmässä viihtyy. Hyvin toimiva leikkausryhmä tekee vähemmän virheitä ja toimii nopeammin ja tehokkaammin. Sairaanhoitajat luettelivat vastauksia kysymykseen, mistä muodostuu hyvä leikkaustiimi. Toisen työn arvostaminen ja kunnioittaminen, avoin ilmapiiri ja avoimuus, hyvä kommunikaatio koko tiimin kesken, ystävällisyys, tuttuus, toisen huomioon ottaminen, auttaminen ja yhteistyö sekä hyvä huumori ja yhteishenki määrittävät hyvän leikkaustiimin tämän tutkimuksen tulosten mukaan. Kun moniammatillinen tiimityö toteutuu parhaimmillaan, on toiminta luotettavaa ja tuttua, ja siinä jokainen sen jäsen tuo tiimiin tietoja, taitoja ja asenteita, jotka sekoittuvat muiden tiiminjäsenten tietotaitoon ja asenteisiin. Kun tiimi toimii hyvin, se lieventää väsymyksen vaikutuksia työhön sekä alentaa kiireisen työn nostamaa

stressitasoa. Leikkaussalin turvallisuuskulttuuri muotoutuu tiimityön laadun mukaan ja sillä on suuri rooli leikkaussalin turvallisuuskulttuurin muodostumisessa. (Paige & Chauvin 2008, 101; Kuldheim & Slettebo 2016, 1892 - 2686.) Hyvä leikkaustiimi ja tiimin tuttuus Kuldheimin ja Slettebon (2016, 1892 - 2686) tutkimuksen mukaan, auttavat ymmärtämään toisten työtä sekä tiettyjen ammattien rooleja, vastuita ja tehtäviä. Tämä auttaa toimimaan erilaisissa leikkaussalin hätätilanteissa, joissa on osattava ja pystyttävä luottamaan työ-kaveriin.

Hyvä kommunikaatio ja sen parantaminen tekee leikkaussalin vähemmän alttiiksi virheille ja parantaa potilasturvallisuutta, kun taas huono kommunikointi leikkaussalissa luo turvatonta leikkaussalikulttuuria ja vaikuttaa potilasturvallisuuteen sekä työntekijöiden sitoutumiseen ja päätöksentekoon. (Paige & Chauvin 2008, 99.) Cvetic (2011, 319 - 320) toteaaakin, että kommunikointiprosessien tulisi standartoida ja yksinkertaistaa sekä hyödyntää tehokkaita kommunikointitapoja, esimerkiksi dialogisuutta, sillä ne ovat keinoja parantaa leikkaussalin toimintaa ja sen turvallisuutta. Tässä tutkimuksessa sairaanhoitajien mielipiteet Carean asiakkuusvalmennuksen merkityksestä aiheuttivat tuloksissa paljon hajontaa, ja moni tutkimukseen osallistujista ei osannut sanoa kantansa, kun kysyttiin koulutuksen merkityksestä potilasturvallisuudelle ja uusi-en näköalojen tuomisesta potilasturvallisuuteen. Pääosin koettiin, että koulutuksesta ei ole hyötyä omalle työlle ja potilasturvallisuudelle. Onko koulutus ehkä liian käytännöstä irrallaan oleva kokonaisuus kahden ensimmäisen koulutuskerran jälkeen? Onko sitä mahdollisesti vaikea ottaa käytäntöön ja luoda yhteinen tahtotila dialogin parantamiseksi leikkaussalin työyhteisössä? Tutkijan käytännön kokemuksen mukaan, moni reagoi koulutukseen ylimielisesti ja innottomasti, joten heijastuuko tuo negatiivinen ennakoasenne siihen, mitä on valmis koulutukselta vastaanottamaan ja oppimaan. Annetaanko koulutukselle oikeasti tarpeeksi mahdollisuuksia? Tutkimusten mukaan leikkaussalin potilasturvallisuus hyötyy erilaisista rakentavan kommunikoinnin, dialogin harjoittelukoulutuksista ja hyvä kommunikointi ehkäisee ristiriitoja. Tehokkaita tiimin toimintatapoja voidaan opettaa ja oppia esimerkiksi koulutuksin sekä erilaisilla simulaatioharjoituksilla. (Fudickar ym. 2012. 695 - 701; Paige & Chauvin 2008, 106.)

Kaikki neljä tutkimuksessa esiin noussutta potilasturvallisuuteen liittyvää isoa käsitettä, fyysinen ja sosiaalinen työympäristö, kommunikointitaidot ja ammatillinen osaaminen linkittyvät vahvasti toisiinsa. Niihin sisältyy paljon samoja asioita, ovat lomittain ja limittäin yhdessä ja niitä on vaikea erotella toisistaan, vaikka kaikki selkeästi liittyvätkin potilasturvallisuuteen. Karma ym. (2016, 8 - 11, 19) toteaaakin, että leikkaussalin potilasturvallisuus muodostuu monesta eri tekijästä ja leikkaustoiminnan monivaiheisuus asettaa sille haasteita. On tärkeää kehittää leikkaustiimien toiminnan tasoa ja yhteistyötä, jotta potilasturvallisuutta uhkaavia virheitä voidaan välttää (Paige & Chauvin 2008, 99 - 101). Kommunikointi auttaa tiimissä käsittelemään vaaratilanteita. Jaettu tiimin tietoisuus kehittää tiimityötä ja valmistelee koko tiimiä leikkaukseen, jolloin pyritään myös minimoimaan mahdolliset virheet. (Siu ym. 2014, 128.)

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen tarkoitus on tuottaa mahdollisimman luotettavaa ja totuudenmukaista tietoa. Etenkin kvantitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuutta arvioidaan validiteetin ja reliabiliteetin kautta, jotka yhdessä muodostavat tutkimuksen kokonaisluotettavuuden. Tutkimuksen kokonaisluotettavuus on hyvä, jos otos edustaa perusjoukkoa ja mittaamisessa on pyritty minimoimaan satunnaisvirheet. Kvalitatiiviseen tutkimukseen validiteetin ja reliabiliteetin määritelmät eivät suoraan sovi ja luotettavuuskysymykset ovatkin siinä vähemmän tärkeitä. Kuitenkin, riippumatta valitusta tutkimusmenetelmästä, kaikkien tutkimusten luotettavuutta on aina jollakin tavalla arvioitava. (Kananen 2011, 118; Vilka 2007, 152 - 154.)

Tutkimuksen kokonaisluotettavuutta heikentävät systemaattiset virheet, jotka johtavat tuloksia harhaan. Se voi johtua kadosta tai siitä, että tutkimukseen osallistujat valehtelevat, kaunistelevat tai vähättelevät asioita vastauksissaan. Satunnaisvirheellä tarkoitetaan esimerkiksi vastaajan muistivirhettä. Satunnaisvirhe heikentää aina tutkimuksen luotettavuutta ja tarkkuutta. (Vilka 2007, 152 - 154.)

Validiteetti, tutkimuksen pätevyys, tarkoittaa sitä, miten tutkimuksessa on saatu mitattua sitä, mitä oli tarkoitus mitata. Sillä varmistetaan, että tutkimuksessa on käytetty oikeaa tutkimusmenetelmää, oikeaa mittaria ja mitattu oikeita asi-

oita. Validiteetissa voidaan erottaa sisäinen ja ulkoinen validiteetti. Sisäinen validiteetti tarkoittaa tulosten oikeaa syy-seuraussuhdetta ja ulkoinen validiteetti saatujen tulosten yleistettävyyttä. Ulkoinen validiteetti jakautuu kolmeen osa-alueeseen: sisältö-, rakenne- ja kriteerivaliditeetteihin. Sisältövaliditeetti tarkoittaa, että mittarin laadinta ja sen osat on määritelty ja tehty tarkasti. Lisäksi mittarin tulee olla johdettu teoriasta. Rakennevaliditeetilla tarkastellaan tutkimuksen teorian yksittäisiä käsitteitä, jolloin kiinnitetään huomio teoreettisten käsitteiden operationalisointiin. Kolmas ulkoisen validiteetin osa-alue on kriteerivaliditeetti. Tällöin vertaillaan oman tutkimuksen tuloksia muiden vastaavien tutkimusten tuloksiin. Kriteerivaliditeetti on hyvä, jos tulokset eri tutkimuksien välillä ovat samanlaisia keskenään. (Kananen 2011, 121 - 122; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189 - 197.)

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkijan on ymmärrettävä, että tutkimukseen osallistujat voivat tulkita tutkimukseen valittujen mittareiden ja menetelmien tarkoituksen eri tavalla, kuin mitä tutkija on ajatellut. Tällöin mittari ei vastaa sitä todellisuutta, mitä on ajateltu mitata, jolloin mittari aiheuttaa tutkimustuloksiin virhettä. Kun tarkastellaan puolestaan kvalitatiivisen tutkimuksen validiutta, sitä voidaan tarkastella ilmiöiden kuvauksen, selitysten ja tulkintojen yhteensopivuuden avulla. Sitä parantaa tutkijan tarkka selostus koko tutkimuksen toteuttamisesta. Aineistoa analysoidessa on tärkeää kuvata luokittelujen tekeminen vaiheittain alusta loppuun sekä luokittelujen perusteet. (Hirsjärvi ym. 2010, 231 - 233.)

Reliaabeliudella tarkoitetaan tulosten pysyvyyttä eli tutkimuksen tulokset ovat toistettavissa uusintakyselyllä eivätkä tulokset ole sattumanvaraisia (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189 - 197). On tärkeä huomata, että valittu mittari voi tuottaa aina saman tuloksen, vaikka se olisikin tutkimuksen kannalta väärä. Reliabiliteetin pitää sisällään stabiliteetin ja konsistenssin osatekijät. Stabiliteetti mittaa mittarin pysyvyyttä ajassa. Tulosten stabiliteettia voidaan mitata uusintamittauksella, jolloin tutkimus toteutetaan uudelleen samalle otokselle tai rinnakkaismittauksella, jolloin samaa tutkimusilmiötä mitataan samaan aikaan kahdella eri tutkimustavalla. Kun samaa muuttujaa mitataan kahdella eri mittarilla, esimerkiksi kahdella eri kysymyksellä, mittarin eri osatekijät mittaavat samaa asiaa, jolloin puhutaan konsistenssista. (Kananen 2011, 119 - 120.)

6.2.1 Opinnäytetyön validiteetti

Tämän tutkimuksen validiteetin näkökulmat liittyvät kyselykaavakkeen esittämiseen ennen varsinaista kyselyä, jolla voitiin varmistaa tutkimuslomakkeen kysymysten ja väittämien ymmärrettävyys. Vaikuttaa siltä, että kaikki kyselykaavakkeen väittämät ymmärrettiin hyvin, sillä osallistujat vastasivat pääosin kaikkiin kysymyksiin. Tutkimuslomakkeen kysymysten muotoilussa pyrittiin mahdollisimman yksinkertaisiin ja konkreettisiin sisältöihin ymmärrettävyyden parantamiseksi. Tutkimuslomakkeen avoimiin kysymyksiin saatiin myös hyvin vastauksia. Nämä vastaukset lisäävät tutkimuksen luotettavuutta ja vähentää tutkimuksen virheitä. Tutkimus on tehty kokonaisotantana ja mahdollisimman suureen vastausprosenttiin pyrittiin lähettämällä muistutussähköposteja kyselystä leikkaussalin sairaanhoitajille. Tutkimusajankohdat täytyi järjestää mahdollisimman pian asiakkuuskoulutuskertojen perään. Tällöin ne osuivat molemmilla kerroilla parhaimmille lomakausille. Siksi vastausajat suunniteltiin noin kahden kuukauden mittaisiksi, jotta tutkimuksen kohderyhmä saatiin tavoitettua mahdollisimman hyvin.

Vaikka otantamenetelmää ei käytetty ja tutkimus kohdistui täysotantaan, syntyi kuitenkin katoa osallistujissa kyselykertojen välillä. Kankkusen & Vehviläinen-Julkusen (2013, 56 - 57) mukaan pitkittäistutkimuksen haasteena on kato ja on aivan normaalia, että puolet vastaajista häviää kyselyn edetessä. Tässä tutkimuksessa ensimmäisen kyselykerran vastausprosentti oli 70 ja toisen 37. Vastaukset olivat kuitenkin hyvin samansuuntaisia keskenään, joten voidaan todeta, että tulokset ovat yleistettävissä tutkimuksen toimintaympäristössä ennen kolmatta Carean asiakkuuskoulutuskertaa sekä leikkaussalin henkilöstömäärän kasvamista.

Tämän tutkimuksen tuloksia on verrattu muiden vastaavien tutkimusten tuloksiin ja tulokset ovat hyvin samankaltaiset. Lisäksi kaikki käytetyt käsitteet on määriteltä tarkasti aikaisemman tutkimustiedon avulla.

6.2.2 Opinnäytetyön reliabiliteetti

Reliabiliteetin näkökulma tässä tutkimuksessa on huomioitu tarkalla dokumentoinnilla analyysien sekä tulkintojen osalta ja mahdolliset virhesyötöt on pyritty minimoimaan jatkuvilla tarkastuksilla sekä huolellisuudella. Tutkimustulosten perustaulukot valmistuivat suoraan Webropol- sekä Excel-ohjelmista, joten niissä virhemahdollisuus tutkijan näppäilyvirheenä on hyvin pieni.

Tutkimuslomakkeen avointen kysymysten vastausten sisällönanalyysissä on aina olemassa virhemahdollisuus, sillä siinä on paljon tilaa tutkijan omalle tulkinnalle. Tarkoitus oli alkuperäisistä ilmaisuista etsiä avainsanoja liittyen tutkimuskysymykseen ja mahdollisia virheitä on pyritty minimoimaan vastausten useammalla lukemiskerralla. Liitteessä 6 on kuvattu sisällönanalyysin vaiheet mahdollisimman tarkasti ja selkeästi.

6.3 Tutkimuksen objektiivisuus ja eettisyys

Tutkimuksen tavoitteena on mahdollisimman objektiivinen tutkimus. Tarkoitus on toteuttaa mahdollisimman puolueeton tutkimusprosessi sekä saada mahdollisimman puolueettomat tutkimustulokset. Objektiivisessä tutkimuksessa tutkija ei itse manipuloi tutkimuksen tuloksia esimerkiksi itselleen sopiviksi kirjoitustyyliään, graafisella esityksellään tai tulkinnallaan. Objektiivisuus parane, mitä enemmän tuloksia esitetään numeroin ja mitä enemmän tuloksissaan tutkija vertailee, yhdistelee ja keskustelee. Lisäksi tutkittavan ja tutkijan etäinen suhde tutkimusprosessin aikana lisää tutkimuksen objektiivisuutta. (Vilkkä 2007, 16 - 17,160.)

Tässä tutkimuksessa tutkimuksen tekijä työskentelee itse tutkimuskohteena olevassa leikkaussalissa, joten objektiivisuuteen on pyritty järjestelmällisesti heti tutkimuksen aloituksesta lähtien aina tulosten raportointiin ja esittämiseen asti. Siksi tutkimustulokset on käyty läpi ja esitetty hyvin tarkasti ja yksityiskohtaisesti, jotta tutkimuksesta tulisi mahdollisimman objektiivinen. Tutkimusaineisto on kerätty sähköpostikyselyllä, joten tutkimuksen tekijä ei ole vaikuttanut tutkimukseen osallistujien vastauksiin eikä tutkimuksen tekijän perustyössä leikkaussalissa ole keskusteltu tutkimuskysymyksistä tai opinnäytetyönprosessista, jolloin tutkimuksen tekijä ei ole antanut valmiita vastauksia tai

johdatellut vastausten suuntaa. Yksittäinen tutkimukseen osallistuja ei ole persoonana myöskään voinut vaikuttaa tutkimuksen tekijään, sillä jokainen osallistuja esiintyy numeroarvona tutkimusaineistossa ilman mahdollisuutta yksilöintiin.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK 2012, 4) on opetus- ja kulttuuriministeriön asettama toimielin, joka on yhdessä suomalaisen tiedeyhteisön kanssa määritellyt uudistetussa tutkimuseettisessä ohjeessaan hyvän tieteellisen käytännön sekä loukkausepäilyjen käsittelyohjeet. Se antaa jokaiselle tutkimuksen tekijälle mallin hyvästä tieteellisestä käytännöstä ja sen tavoitteena on ”hyvän tieteellisen käytännön edistäminen sekä tieteellisen epärehellisyyden ennaltaehkäiseminen tutkimusta harjoittavissa organisaatioissa”.

Tutkimuksen eettisyydellä tarkoitetaan Vilkan (2007, 164 - 166) mukaan tutkimuksen luottamuksellisuutta, salassapito- ja vaitiolovelvollisuutta. Tutkimukseen osallistujien on pysyttävä tunnistamattomina tutkimuksen jokaisessa vaiheessa ja tärkeää on huomioida tutkimusraporttia kirjoitettaessa tapa, miten tutkittavista kirjoitetaan. Tutkimusetiikka kuuluu myös tutkimuksen raportointiin. Raportointi tapahtuu ihmisarvoa, tutkittavia, ammatti- ja tieteenalaa sekä muita tutkijoita kunnioittaen. Toisen tekstiä ei saa kopioida ilman asianmukaisia lainauksia ja lähdeviitteitä. TENK (2012, 4 - 6) rajaa tutkimusetiikan korostamaan tutkijan hyvän tieteellisen käytännön näkökulmiksi rehellisyyden, tarkkuuden ja huolellisuuden noudattamista tutkimuksen jokaisessa vaiheessa. Käytettävien tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmien on oltava eettisesti kestäviä sekä tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia. Myös tiedeviestinnän on oltava avointa ja vastuullista. Tutkijan on otettava muiden tekemät tutkimukset ja saavutukset kunnioittaen ja asianmukaisella viitetekniikalla huomioon omassa tutkimuksessaan. Lisäksi tutkimus on suunniteltava, toteutettava, raportoitava sekä aineistot tallennettava tieteellisen tiedon vaatimusten mukaisesti ja tutkijan on hankittava tarvittavat tutkimusluvut sekä joissakin tapauksissa eettinen ennakoarviointi. Ennen tutkimuksen aloittamista on sovittava ja hyväksyttävä kaikkien tutkimuksen osapuolten oikeudet, vastuut, velvollisuudet, tekijyyden periaatteet sekä tutkimusaineistoon liittyvät kysymykset, kuten säilyttäminen ja käyttöoikeudet. Myös mahdolliset tutkimukseen liittyvät sidonnaisuudet on ilmoitettava ja raportoitava sekä tutkijan on esteellisyyspäilyssä oltava osallistumatta arviointi ja päätöksentekotilanteisiin. Vii-

meiseksi TENK määrittelee vastuun tutkimusorganisaatiolle henkilöstö- ja taloushallinnon sekä tietosuojan näkökulmista. Hyvän tieteellisen käytännön näkökulmien noudattamisesta vastaa aina jokainen tutkija itse.

TENK (2012, 8 - 9) jakaa hyvän tieteellisen käytännön loukkaukset kahteen kategoriaan, vilppi tieteellisessä toiminnassa sekä piittaamattomuus hyvästä tieteellisestä käytännöstä ja ne voivat ilmetä tutkimusprosessin jokaisessa vaiheessa. Vilpillä tarkoitetaan sepittämistä, havaintojen vääristelyä, plagiointia ja anastamista. Piittaamattomuudesta puhuttaessa tarkoitetaan tutkimusprosessin näkökulmasta muiden tutkijoiden osuuden vähättelyä, huolimaton raportointia, tutkimusaineistojen puutteellista kirjaamista ja säilyttämistä sekä itsensä plagiointia. Lisäksi muita vastuuttomia tutkimustyössä tapahtuvia menettelyjä ovat tekijyyden manipulointi, omien tieteellisten ansioiden tai lähdeluettelon paisuttelu, yleisön harhauttaminen sekä toisen tutkijan työn vaikeuttaminen.

Kvantitatiivisen tutkimuksen tutkimuseettisiä virheitä voidaan vähentää tutkimuksen huolellisella suunnittelulla. Tyypillisimpiä virheitä aiheuttavat tilanteet, joissa tutkimusongelma ja –tavoite ovat tutkijalle jääneet epäselviksi, tutkija ei tunne riittävästi tutkimuskohdettaan, tietoa ei ole käytetyllä mittarilla saatu riittävästi tai tutkija on huolimaton tutkimusta tehdessään jossakin tutkimusprosessin vaiheessa. (Vilkkä 2007, 100 - 101.)

Tässä tutkimuksessa tutkimukseen on haettu tutkimuslupa Kymenlaakson sairaanhoitopiirin johtajaylihoitajalta, eettisen toimikunnan lupaa ei tarvittu, sillä tutkimus ei kohdistu potilaisiin. Tutkimuslomakkeen saatekirjeenä oli sähköposti, josta oli linkki sähköiseen kyselylomakkeeseen. Saatteessa kerrottiin tutkimuksen luottamuksellisuudesta ja siitä, että vastaajia ei voi tutkimuksesta tunnistaa. Samalla tutkimukseen osallistumisesta tuli vapaaehtoista, sillä kyselylomakkeeseen pääsi vastaamaan ainoastaan vain itse klikkaamalla sen linkkiä. Kyselyyn vastaamisen pystyi myös halutessaan keskeyttämään. Kaikki kyselyihin liittyvä sähköinen materiaali hävitettiin tutkimuksen jälkeen asianmukaisesti tietokannoista. Viittaustekniikka ja lähdeluettelo kirjoitettiin Kaakois-Suomen ammattikorkeakoulun lähdemerkintäohjeiden mukaisesti.

Tutkimuslomakkeen alussa kartoitettiin taustatietoina leikkaussalisairaanhoitajien työtehtävät. Eettisiä näkökulmia piti tässä kohtaa miettiä tarkasti sillä ilmeni, että kyselyyn osallistui hyvin vähän hoitajia, jotka hallitsevat sekä instrumentti- että anestesiahoitajan työt. Työtehtäväjaottelu päätettiin silti tietoisesti säilyttää, sillä tutkimuksen tuloksiin työtehtävillä oli välillä suurikin merkitys ja toisaalta, molempia työtehtäviä hallitsevia hoitajia on osastolla enemmän kuin osallistuneet, joten vastausten nimettömyys tutkimuksessa säilyi eikä vastaajia voi mitenkään tunnistaa.

6.4 Johtopäätökset

- Potilasturvallisuuden hallinta vaikuttaa olevan subjektiivinen kokemus
- Kiire ja sairaanhoitajien tehtävistä toiseen siirtely johtuu yleensä henkilöstövajeesta
- Jos henkilöstöä siirretään salista toiseen, on huolehdittava jatkuvasta koulutuksesta ja perehdytyksestä
- Dialogisuudella ja sen kehittämällä leikkaussalissa on tarvetta
- Hierarkiarakenteet häiritsevät dialogia hoitaja-lääkäri yhteistyössä
- Koko leikkaustiimi on saatava sitoutuneeksi tarkistuslistan käyttöön
- Esimiesten tehtävänä on työilmapiirin luominen
- Erilaisten raportointi ja palautteen antamisjärjestelmien kehittäminen parantaa potilasturvallisuutta
- Millainen olisi hyvä koulutus dialogin ja potilasturvallisuuden kehittämiseksi?

6.5 Jatkotutkimusaiheet

Jatkotutkimusaiheiksi nousee paljon pieniä ja yksi suurempi kokonaisuus, sillä jokaista leikkaussalin potilasturvallisuuteen liittyvää osatekijää voisi lähteä tutkimaan eteenpäin. Vaikuttaa siltä, että perehdytystä ja koulutusta pitäisi huomattavasti parantaa ja jatkotutkimuksen kannalta voisi selvittää, millaista ja kuinka säännöllisesti toteutettua koulutusta leikkaussalissa tarvitaan. Millainen koulutus vastaisi potilasturvallisuuden asettamiin haasteisiin ja lisäisi kommunikointia työyhteisössä? Miten työohjeita voisi selkeyttää?

Pohjois-Kymen sairaalan leikkaussalin henkilökunta siirtyi vuodenvaihteessa töihin Kymenlaakson keskussairaalaan Kotkaan. Jatkotutkimuksen kannalta olisi mielenkiintoista selvittää, miten koetaan yhdistyminen uuden henkilökunnan kanssa. Onko apua henkilöstöresursseihin ja koettuun henkilöstöpulaan? Luotetaanko heti heidän ammattitaitoon ja miten vastaavasti uuteen työyhteisöön siirtyneet sairaanhoitajat kokevat saamansa perehdytyksen kaiken muutoksen ja potilastulvan keskellä?

Jatkossa olisi myös mielenkiintoista tutkia, mitä lääkärit sekä palveluesimiehet leikkaussalissa ajattelevat tutkimuskysymyksistä dialogisuudesta sekä potilasturvallisuudesta. Ovatko heidän näkemyksensä samansuuntaisia leikkaussalin sairaanhoitajien kanssa vai eroavatko ne toisistaan?

Asennemuutokset eivät oikein näy tutkimukseen osallistuneiden sairaanhoitajien vastauksissa. Jäljellä on vielä yksi koulutuskerta keväällä 2018, ja sitä ei enää tässä opinnäytetyössä huomioida. Olisi mielenkiintoista nähdä, tuoko se uusia ajatuksia, asennemuutoksia sekä työskentely- ja kommunikointitapoja.

LÄHTEET

- Ahonen, R. & Lohtaja-Ahonen, S. 2011. Palaute kuuluu kaikille. Kuopio: Suomen graafiset palvelut Oy.
- Bleakley, A., Allard, J. & Hobbs, A. 2011. "Achieving ensemble": communication in orthopaedic surgical teams and the development of situation awareness – an observational study using live videotaped examples. *Health Sciences Education* 18, 33 - 56.
- Blomberg, K. & Pauniahio, S.-L. 2013. Terveysthuollon tarkistuslistat. Teoksessa Aaltonen, L.-M. & Rosenberg, P. (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 274 - 292.
- Carea. Laadunhallinnan ja potilas-ja asiakasturvallisuuden suunnitelma 2015-2017. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.carea.fi/fi/Tietoa%20Careasta/Kymenlaakson%20sairaanhoito-%20ja%20sosiaalipalvelujen%20kuntayhtymä/Julkaisut%20ja%20tilastot/> [viitattu 17.5.2017].
- Cvetic, E. 2011. Communication in the perioperative setting. *AORN Journal* 95, 319 - 320.
- Fudickar, A., Hörle, K., Wiltfang, J. & Bein, B. 2012. The effect of the WHO surgical safety checklist on complication rate and communication. *Deutsches Ärzteblatt International* 109, 695 - 701.
- Haapiainen, R. 2013. Kirurgiaan liittyvät riskit. Teoksessa Aaltonen, L.-M. & Rosenberg, P. (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki; Kustannus Oy Duodecim, 37 - 44.
- Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus, potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita 15. - 16. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Kaldheim, H. K. A. & Slettebo, Å. 2016. Respecting as a basic teamwork process in the operating theatre – A qualitative study of theatre nurses who work in interdisciplinary surgical teams of what they see as important factors in this collaboration. *Nordisk sygeplejeforskning*, 1892 - 2686.
- Kananen, J. 2011. Kvantti: kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy – Juvenes Print.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Karma, A., Kinnunen, T., Palovaara, M. & Perttunen, J. 2016. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Keistinen, T. & Mäntyranta, T. 2015. Potilas- ja asiakasturvallisuuden toimintaohjelma 2015 - 2020. Esitys potilasturvallisuuspäivillä. Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavissa:

<https://www.slideshare.net/THLfi/potilasturvallisuuspäivät-2015-keistinenmantyranta> [viitattu 17.5.2017].

Kinnunen, M. 2010. Virheistä oppimisen esteet ja mahdollistajat organisaatiossa. Vaasan yliopisto. Johtamisen yksikkö. Väitöskirja.

Koskimies, M., Pyhäjoki, J. & Arnkil, T.E. 2012. Hyvien käytäntöjen dialogit – Opas dialogisen kehittämisen ja kulttuurisen muutoksen tueksi. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

Kupias, P., Peltola, R. & Saloranta, P. 2011. Onnistu palautteessa. Helsinki: WSOYpro Oy.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992 / 785.

Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2013. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Mountford, J. & Marshall, M. 2013. More dialogue, more learning, more action. *Quality Safety* 23, 89 - 91.

Mustajoki, P., Kinnunen, M. & Aaltonen, L.-M. Leikkaussalissa tapahtuu. *Lääkärilehti* 18, 1335-1336. WWW-dokumentti. Saatavissa:

<http://www.laakarilehti.fi.ezproxy.xamk.fi:2048/arkisto/halytyskello-soi/leikkaussalissa-taohtuu/>. [viitattu 10.4.2017].

Mäki, T., Liedempohja, A.-M. & Parikka U-L. 2014. Johtamisen kulmakivet, kertomuksia esimiestyöstä sosiaali- ja terveysalalla. Keuruu; Otavan Kirjapaino Oy.

Nagpal, K., Arora, S., Vats, A., Wong, H.W., Sevdalis, N., Vincent, C. & Moorthy, K. 2012. Failures in communication and information transfer across the surgical care pathway: interview study. *BMJ Quality & Safety Online First* 10, 1 - 7.

Niiranen, A. 2017. Toimitusjohtaja. Henkilöstökysely. Carean intranetsivut 13.3.2017. Carea.

Paige, J.T. & Chauvin, S.W. 2008. Transforming the operating room team through simulation training. *Seminars in Colon & Rectal Surgery* 19, 98 - 107.

Piha, K. & Poussa, L. 2012. Dialogi paremman työelämän puolesta. Helsinki: Talentum media Oy.

Punkanen, T. 2017. Carea valmennus. Luentomateriaali.

Pinheiro, J. P. A. & Uva, A. 2015. Safety climate in the operating room: Translation, validation and application of the Safety Attitudes Questionnaire. *Revista portuguesa de saúde pública* 34, 107 - 116.

PVK. 2016. Potilasvahinkotilastot. WWW-dokumentti. Päivitetty 23.2.2016. Saatavissa: <http://www.pvk.fi/fi/tilastot-ja-tutkimukset/vahinkotilastot/>. [viitattu 16.4.2017]

Reiman, T., Pietikäinen, E., Ruuhilehto, K., Heikkilä, J. & Macchi, L. 2010. Näkökulmia potilasturvallisuuteen. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://www.vtt.fi/files/sites/potilasturva/nakokulmia_potilasturvallisuuteen.pdf. [viitattu 10.4.2017].

Siu, J., Maran, N. & Paterson-Brown, S. 2014. Observation of behavioural markers of non-technical skills in the operating room and their relationship to intra-operative incidents. *The Surgeon, journal of the Royal Colleges of Surgeons of Edinburgh and Ireland* 14, 119 - 128.

Smith, A. F. & Mishra, K. 2010. Interaction between anaesthetists, their patients and the anaesthesia team. *British Journal of Anaesthesia* 105, 60 - 68.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2018. Potilasturvallisuus. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://stm.fi/potilasturvallisuus>. [viitattu 13.2.2018].

Syvänen, S., Tikkamäki, K., Loppela, K., Tappura, S., Kasvio, A. & Toikko, T. 2015. Dialoginen johtaminen – avain tuloksellisuuteen, työelämän laatuun ja innovatiivisuuteen. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

Tamminen, J. & Metsävainio, K.-M. 2015. Hyvä tiedonkulku parantaa potilasturvallisuutta. Finnanest. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://www.finnanest.fi/files/tamminen_metsavainio_hyva_tiedonkulku_paranta_a_potilasturvallisuutta.pdf. [viitattu 15.4.2017].

Terveydenhuoltolaki 2010 / 1326.

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Potilasturvallisuutta taidolla –ohjelma. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://www.thl.fi/documents/10531/102913/PT%20suunnitelma_final_180811.pdf [viitattu 17.5.2017].

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2017. Potilasturvallisuus. WWW-dokumentti. Päivitetty 31.3.2017. Saatavissa: <https://www.thl.fi/sv/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/potilasturvallisuus>. [viitattu 15.4.2017].

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittelyminen Suomessa. Helsinki. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf. [viitattu 22.3.2018].

Ugur, E., Kara, S. Yildirim, S. & Akbal, E. 2016. Medical errors and patient safety in the operating room. *Journal of the Pakistan Medical Association* 66, 593 - 597.

Valvira. 2015. Leikkaussalin tarkistuslista. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattiharjoittaminen/leikkaussalin_tarkistuslista. [viitattu 10.4.2017].

Varis, M. 2011. Moniulotteinen potilasturvallisuuskulttuuri – edistävät ja heikentävät tekijät. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Terveystieteiden opettajakoulutus. Pro gradu-tutkielma.

Vehkalahti, K. 2014. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Oy Finn Lectura Ab.

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa, määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

Webropol powerful insights Suomi. s.a. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://webropol.fi/kysely-ja-raportointityokalu/luo-kyselyita/>. [viitattu 2.3.2018].

Weiser, T. G. & Berry, W. R. 2012. Perioperative checklist methodologies. *Canadian Journal of Anesthesia* 60, 136 - 142.

Tiedonhaku tietokannoista, Dialogi leikkaussalissa ja sen vaikutus potilasturvallisuuteen

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Hakutulos	Otsikon perusteella valittu	Abstraktin perusteella valittu	Valitut
Cinahl	dialog* OR interaction AND operating theatre OR surgery OR operating room AND patient safety	year 2007-2017	212	13	7	1
Science Direct	(operating theatre OR operating room OR surgery) AND (patient safety AND interaction), dialogue AND patient safety, dialogic communication AND patient safety	Year 2007-2017, open access articles	54	7	6	2
Pubmed	((interaction OR dialog* OR dialogue)) AND (operating room OR operating theatre) AND patient safety	published in the last 10 years	192	68	15	9
Medic	dialogi AND leikkaus*, dialogi AND potilas*, tiimityö* AND leikkaus*, raportointi* AND leikkaus*, potilasturvall* AND leikkaus*, isbar, (tarkis-	year 2007-2017	140	23	3	0

	tuslista) AND leikk*, (sosiaali- set taidot) AND moniammat* AND leikkauss*, potilasturv* AND kommunikaat* OR dialog* OR vuorovaik*, (hil- jainen tieto) AND kommunikaat* OR dialog* OR vuorovaik*					
TamPub	dialogi AND leik- kaussali* OR potilasturv*, poti- lasturvallisuus, vuoropuhe* OR dialogisuus	year 2007- 2017	137	10	2	0
Yhteensä			735	121	33	12

Leikkaussalin potilasturvallisuus ja dialogi –tutkimuksia

Tekijä (t), jul- kaisu- vuosi ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto / Otos	Menetelmä	Päätulokset
Cvetic, E. 2011, USA	Selvittää kom- munikaation merkitystä pe- rioperatiivises- sa hoidossa	Tutkijan valit- semat tutki- musartikkelit	Kirjallisuus- katsaus	Huono kommu- nikaatio aiheut- taa turvatonta leikkaussalin toimintakulttuuria ja heikentää poti- lasturvallisuutta sekä työntekijöi- den sitoutumista, tuottavuutta, te- hokkuutta ja päättöksentekoa. Suuret kommu- nikaativirheet voivat johtaa vakaviin virhei- siin ja hanka- luuksiin potilaal- le. Tehokkaat kommunikaatio- taidot kuten sel- keä puhe, non- verbaalisen kommunikoinnin ymmärtäminen, kuunteleminen

				sekä ristiriitatileteissa oikein toimiminen ovat keinoja parantaa leikkaussalin toimintaa ja turvallisuutta.
Siu, J., Maran, N. & Pater- son- Brown, S. 2014, UK	Tutkia leikkaus- salityöskentely- le ominaisia ei teknisiä taitoja moniammatilli- sessa leikkaus- tiimissä ja nii- den yhteyttä leikkausvahin- koihin	51 eri erikois- alan leikkaus- ta ja niiden leikkaustiimit (keskimäärin yhdessä leik- kauksessa mukana 9 henkilöä). Ulkopuolinen havainnoija ja lisäksi leikka- ustiimin jä- seniltä kerät- tiin huomioita vahingoista leikkauksen jälkeen	Laadullinen tutkimus, ha- vainnointiin ja kirjattiin huo- mioita sovittu- jen kriteerei- den mukaan strukturoidulle kaavakkeelle, saadusta ma- teriaalista si- sällönanalyysi	Kaikilla leikkaus- salin ammatti- ryhmillä laskettiin yhteensä 90 va- hinkoa (esim. laitteiden toimi- mattomuus, pro- fylaktisten lääk- keiden anto vää- rään aikaan, tie- tämättömyys, kommunikointi- virhe) joista 57 olisi ollut vältet- tävissä. Sai- raanhoitajien virhe alueet oli- vat tilannetietoi- suudessa, kom- munikaatiossa ja tiimityössä sekä itse tehtävän hallinnassa. Tar- kistuslistaa käy- tettiin suurim- massa osassa leikkauksia, eikä koko tiimi ollut

				<p>aina paikalla. Sitä täytettiin hieman hutiloiden eikä sen todettu tehokkaasti estävän ei teknisten taitojen aiheuttamia virheitä. Kommunikaation ja tiimityön merkitys korostuu kun reagoidaan tapahtuneisiin vahinkoihin.</p>
<p>Paige, J.T. & Chauvin, S.W. 2008, USA</p>	<p>Tavoitteena on saada kaikkien alojen ammattitaito sovitettua leikkaussalin tiimityöhön, toimintakulttuuriin ja potilasturvallisuuteen. Miten tehdään asiat yhdessä? Erilaisten simulaatiomallien kartoittaminen tiimityötaitojen kehittämisessä</p>	<p>Tutkijoiden valitsema tutkimusartikkelit</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus</p>	<p>Hyviä tiimityötaitoja voi oppia ja niitä voi opettaa. Keskeisiä osaamisalueita ovat tiimin johtaminen, tiimin toiminnan seuranta, sopeutumiskyky, ymmärrys yhteisestä tehtävästä, luottamus, kommunikaatio (vuoropuhelu jossa uskalletaan tuoda esiin omia ehdotuksia) sekä yhteinen tavoite. Leikkaussalissa tarvi-</p>

				taan tehokasta ja toimivaa tiimityötä.
Nagpal, K., Aro-ra, S., Vats, A., Wong, H.W., Sevda-lis, N., Vincent, C. & Moort-hy, K. 2012, UK	Kuvata kom-munikaatiota ja tiedonkulkua koko kirurgisen polun aikana.	n=18 (7 kirurgia, 5 anestesiolo-gia ja 6 sai-raanhoitajaa)	Laadullinen tutkimus, puo-listrukturoitu haastattelu. Haastattelut nauhoitettiin ja tehtiin sisäl-lönanalyysi teorian muo-dostamiseksi	Virheellisellä kommunikoinnil-la on suuri vaikutus potilasturval-lisuuteen. Pre-operatiivisesti anestesia- ja kirurgin välinen vähäinen kommunikaatio oli yleisin ongel-ma, kuten myös potilaan siirtoti-lanteet ja hoidon siirtäminen leik-kaussaliin tulles-sa sekä herää-möön siirryttäes-sä. Työympäris-tö, sääntöjen ja ohjeiden puute sekä tiedonsiir-tokaavakkeet olivat suurimmat tiedonkulun vir-heiden syyt. Henkilöstöllä on kova halu kehit-tää systemaatti-nen ja standar-toitu kommuni-kointi menetelmä

				kehittämään potilasturvallisuutta
Weiser, T.G. & Berry, W.R., 2012, Kanada	Kuvata leikkaussalin tarkistuslistan toimintamekanismeja ja luoda aineistoa tukemaan tarkistuslistan käyttöä	Tutkijoiden valitsemat tutkimusartikkelit	Kirjallisuuskatsaus	Tarkistuslistalla on tärkeä rooli myös muillakin erikoisaloilla kuin pelkästään leikkaussalissa. Tarkistuslista varmistaa toiminnan pysymisen sovituissa säännöissä ja raameissa sekä tehostaa tiimin jäsenten kommunikaatiota, se kehittää vuoropuhelua (dialogia) ja moniammatillista tiimityötä
Smith, A.F. & Mishra, K. 2010, UK	Selvittää kommunikoinnin ja vuorovaikutuksen tasoja ja eri muotoja anestesiatiiimin (lääkäri, hoitaja) sekä potilaan välillä.	Tutkijoiden valitsemat tutkimusartikkelit	Kirjallisuuskatsaus	Kommunikointi on anestesiatiiimin päätaito. Potilaan kanssa kommunikointi koordinoi samanaikaisesti koko anestesiatiiimiä. Heräämön siirtyminen edellyttää tiedon ja vastuun siirtoa, mutta on

				<p>samalla myös hyödyllinen hoidon tarkistuspiste. Heräämään raportointi on tärkeä osa potilasturvallisuutta kuten raportointitilanteet yleensä. Kommunikoinnin sanatonta ja ”näkömätöntä” ulottuvuutta (puhetyyli ja –tapa, miten viesti tulkitaan) ei saa ohittaa ja se on tärkeä osa kommunikointia ja potilasturvallisuutta.</p>
<p>Kaldheim, H.K.A. & Slettebo, Å. 2016, Norja</p>	<p>Selvittää, mitkä ovat yhteistyön kannalta tärkeitä tekijöitä moniammatillisessa leikkaustimissä sairaanhoitajien mielestä</p>	<p>n=8 sairaanhoitajia (naisia)</p>	<p>Laadullinen tutkimus grounded teoriolla. Puoli-strukturoitu haastattelu, avoimet kysymykset</p>	<p>Luottamus on tärkein tekijä yhteistyössä leikkaussalin tiimin jäsenten kanssa. Siihen kuuluvat asenteet, jotka saavat tuntemaan arvokkaaksi, tiimin jäsenten välinen ymmärrys ja rakentava kommunikointi. Esimiesten rooli on kes-</p>

				<p>kittyä oikeanlais- ten asenteiden kehittämiseen sekä kehittä- mään luottamus- ta työyhteisöön. Yhteistyö leikka- ussalissa on ih- misten välinen prosessi, johon liittyy paljon eri tekijöitä. Organi- saatiolla on myös suuri rooli moniammatilli- sen työn kehit- tämisessä. Tiimi- työn vahvistami- nen on kuitenkin myös hankalaa sillä monialainen leikkaustiimi si- sältää eri alojen ammatti- identiteettien ristiriitoja.</p>
Mount- ford, J. & Mar- shall, M. 2013, UK	Selvittää erilai- sia turvallisuus- den ja laadun parantamisen keinoja	Tutkijoiden valitsemat tutkimusartik- kelit	Kirjallisuus- katsaus	<p>1. Jokaisen on otettava vastuu omasta toimin- nasta ja tavoit- teista. Kriittisyys ei aina vie eteenpäin vaan on osattava myös toimia. 2.</p>

				<p>Erilaisten ammattillisten verkostojen kehittäminen</p> <p>3. Dialogin merkitys kehityksessä korostuu – kollegoiden kanssa on pysyttävä ja ehdittävä vaihtaa osaamista ja ajatuksia, myös moniammatillisissa ryhmissä. Yhdessä oppimista.</p>
<p>Bleakley, A., Allard, J. & Hobbs, A. 2011, USA</p>	<p>Selvittää, miten dialogi vaikuttaa leikkaustiimin kommunikointiin sekä tilannetietoisuuteen</p>	<p>10 leikkauksen seuraaminen</p>	<p>Laadullinen tutkimus, videokuvaaminen ja sanallisen kommunikoinnin eri piirteiden kerääminen ja ryhmittely leikkaustilanteissa</p>	<p>Leikkaustiimit käyttävät enemmän monologia kuin dialogia kommunikatiiossaan. Dialogi lisääntyy kun leikkaus monimutkaistuu tai tulee odottamattomia tilanteita, mikä lisää myös tilannetietoisuutta koko tiimillä. Rutiinit heikentävät dialogia. Sairaaloiden hierarkinen toimintakulttuuri myös</p>

				huonontaa dialogisuutta. Tilan- netietoisuus ja dialogi lisäävät potilasturvalli- suutta.
Ugur, E., Ka- ra, S., Yildirim, S. & Akbal, E. 2016, Turkki	Selvittää leik- kaussalin virhe- tilanteita, työn- tekijöiden asen- teita virheitä kohtaan sekä koulutustarpeita lisäämään poti- lasturvallisuutta	N=69, leikka- ussalin sai- raanhoitajat ja lääkärit	Kuvaileva tutkimus, määrällinen kyselytutki- mus	65,2% vastaajis- ta oli ollut muka- na jonkinlaisessa virhetilanteessa. Virheiden pää- syy oli henkilö- kunnan puute ja epäpäte- vyys/osaamatto- muus. 60% syy- nä oli huono kommunikointi. Koulutusta toi- vottiin erityisesti kommunikoinnin parantamiseen ja paineen- sietoon sekä säteilyturvalli- suuteen. Potilas- turvallisuus pa- ranee potilastur- vallisuuskoulu- tusta lisäämällä, selkeillä toimin- tajärjestelmillä, käyttämällä eri- laisia seuranta- kaavakkeita,

				mahdollistamalla oman ammattiryhmän ja moniammatilliset meetingit, kommunikoinnin kehittämällä sekä rohkaisemalla raporttoimaan vaaratilanteista
Pinheiro, J.P.A. & Uva, A. 2015, Portugali	Tarkoitus oli kääntää ja validoida englantilainen "Turvallisuus asenne"-kyselylomake (SAQ-OR) portugalilaisiin sairaaloihin leikkausosastolle	Englantilainen turvallisuus-kyselylomake sekä testausryhmä n= 82	SAQ-OR lomakkeen muokkaaminen sekä määrällinen testauskysely leikkaussalishenkilöstölle	SAQ-OR kyselylomake toimii hyvin kartoitettavissa turvallisuus asenteita. Turvallisuus ilmapii-riin korreloivat moniammatillisen tiimin ilmapii-ri, työyhteisön turvallisuusilmapii-ri, työolot, hallinto, stressin huomiointi sekä työtyytyväisyys
Fudickar, A., Höhle, K., Wiltfang, J. & Berthold, B. 2012, Saksa	Esittää, kuinka tarkistuslista vaikuttaa vahinkoihin ja kuolleisuuteen leikkauksissa sekä leikkauksalin potilasturvallisuuskulttuuriin. Tuodaan	Tutkijoiden valitsevat tutkimusartikkelit	Kirjallisuuskatsaus	Leikkauksalin tarkistuslista vähentää kuolleisuutta sekä potilasvahinkoja leikkauksissa. Se parantaa moniammatillista kommunikointia. Tarkistuslistan

	myös esiin mi- ten tarkistuslis- tan käyttöä koe- taan tänä päi- vänä ja miten sen käyttöä voidaan kehit- tää			tehokas käyttö vaatii johdon tukea sekä jat- kuvaa koulutusta
--	--	--	--	--

KYSELY LEIKKAUSSALIN SAIRAANHOITAJILLE!

TAUSTATIEDOT:

1. Kuinka kauan olet ollut töissä leikkaussalissa?

2. Työtehtäväni:

1. Instrumenttihoitaja 2. Anestesiahoitaja 3. Molemmat

Valitse sopiva vaihtoehto seuraavista väittämistä:

1 = Täysin eri mieltä

2 = Jokseenkin eri mieltä

3 = En osaa sanoa

4 = Jokseenkin samaa mieltä

5 = Täysin samaa mieltä

OSIO I: Kysymyksiä potilasturvallisuudesta

1) Työtäni ohjaa ensisijaisena arvona potilasturvallisuus

1 2 3 4 5

2) Potilasturvallisuus on minulle tärkeä asia

1 2 3 4 5

3) Osaan ennakoida potilasturvallisuuden riskejä

1 2 3 4 5

4) Kaikki työkaverini eivät mielestäni ole riittävän
sitoutuneita potilasturvallisuuteen

1 2 3 4 5

5) Potilasturvallisuuden taso työyksikössäni
huolestuttaa minua

1 2 3 4 5

6) Hallitsen HaiPro- ohjelman käytön

1 2 3 4 5

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 7) Työhöni liittyvät ohjeet ovat selkeät | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8) Työhöni liittyvät ohjeet tukevat työni tekemistä | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9) Potilasturvallisuus on työyksikköni
keskeinen arvo, joka näkyy johtamistavassa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10)Työyksikössäni on toimiva perehdytys | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11)Meillä on riittävästi henkilökuntaa töistä selviämiseen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12)Meillä on riittävästi osaamista potilasturvalliseen työhön | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13)Fyysinen työympäristöni takaa potilasturvallisen hoidon | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14)Syyllistämisen pelko työyksikössäni vaikeuttaa
virheideni myöntämistä | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15)Työyksikössäni opitaan virheistä | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16)Olen huomannut muiden tekevän virheitä | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17)Osaan tunnistaa potilasturvallisuutta vaarantavia tekijöitä | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18)Työyhteisömme ei rankaise virheistä | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19)Käsitlemme virheet työyhteisössämme asiallisesti | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20)Tiimien kokoonpanon muuttuminen uhkaa mielestäni
potilasturvallisuutta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21)Tehtävien jako työyksikössämme perustuu | | | | | |

todelliseen osaamiseen	1	2	3	4	5
------------------------	---	---	---	---	---

22)Hyvä raportointi potilaan tullessa saliin
parantaa potilasturvallisuutta

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

OSIO II: Yhteistyö ja vuorovaikutus

23)Saun mielipiteeni kuuluville työyhteisössäni

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

24)Mielipiteitäni arvostetaan työyhteisössäni

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

25)Uskallan kertoa avoimesti mielipiteeni työyhteisössäni

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

26)Olen arvokas työntekijä työyhteisölleni

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

27)Olen hyvä tiimityöntekijä

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

28)Arvostamme toistemme työtä

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

29)Työyhteisössämme vallitsee avoin ilmapiiri

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

30)Yhteistyö lääkäreiden kanssa on sujuvaa

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

31)Lääkärit ja hoitajat ovat tasavertaisia tiiminjäseniä

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

32)Raportointitilanne potilaan tullessa saliin on selkeä
ja saan tarvitsemani tiedon

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

33)Minua kuunnellaan työyhteisössäni

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

34)Esimieheni puuttuvat epäasialliseen käytökseen

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

35)Esimieheni ovat valmiita viemään
kehittämisehdotuksia eteenpäin

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

36)Arvostan työkavereideni tapaa tehdä työtään

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

37)Työyksikössäni on työrauha 1 2 3 4 5

38)Arvostan kaikkien työkavereideni osaamista 1 2 3 4 5

39)Yhteistyö vuodeosaston sairaanhoitajien
kanssa on sujuvaa 1 2 3 4 5

40) Leikkaussalin kaikkien sairaanhoitajien välillä
vallitsee hyvä työilmapiiri 1 2 3 4 5

41)En valikoi työkavereitani 1 2 3 4 5

42)Työyhteisön riidat ratkaistaan kunnolla 1 2 3 4 5

43)Lääkäreiden ja hoitajien välillä
vallitsee avoin kommunikointi 1 2 3 4 5

44)Arvostan työkavereideni erilaista tapaa tehdä työtä 1 2 3 4 5

45)Olen valmis kehittämään omaa vastuualuettani
työkaveriltani saadun palautteen mukaan 1 2 3 4 5

46)Keskustelu työyhteisössäni tuo esiin hiljaista tietoa 1 2 3 4 5

47)Lääkärit ja hoitajat työskentelevät
kuin hyvin ohjelmoitu tiimi 1 2 3 4 5

OSIO III: Mitä mieltä olet seuraavista väittämistä?

48)Hyvä kommunikointi leikkaustiimin sisällä on
potilasturvallisuuden kannalta tärkeää 1 2 3 4 5

49)Kommunikointitapojen harjoittelu lisää mielestäni
potilasturvallisuutta 1 2 3 4 5

50)Rakentavaa kommunikointia (kuuntelemista,

kunnioittamista, kysymistä, keskustelua ja kiittämistä)

voi mielestäni harjoitella 1 2 3 4 5

51) Toisten työn arvostaminen vaikuttaa mielestäni

potilasturvallisuuteen 1 2 3 4 5

52) Tarkistuslistan käyttäminen lisää leikkaustiimin

kommunikointia työyksikössäni 1 2 3 4 5

53) Kommunikointi eri ammattiryhmien välillä on

avointa työyksikössäni 1 2 3 4 5

54) Kommunikointi lääkäreiden kanssa on

helppoa työyksikössäni 1 2 3 4 5

55) Tarkistuslista parantaa huomattavasti

potilasturvallisuutta 1 2 3 4 5

56) Carean asiakkuusvalmennus parantaa mielestäni

potilasturvallisuutta 1 2 3 4 5

57) Carean asiakkuusvalmennus antaa minulle uusia

näköaloja potilasturvallisuuteen 1 2 3 4 5

58) Kommunikointivirheet heikentävät potilasturvallisuutta 1 2 3 4 5

59) Hiljaisella tiedolla on merkitystä potilasturvallisuudelle 1 2 3 4 5

OSIO IV: Vastaa seuraaviin muutamalla lauseella

- 1) Miten kehittäisit leikkaussalin potilasturvallisuutta?
- 2) Mikä on tärkein leikkaussalin potilasturvallisuutta heikentävä asia, johon haluaisit heti ratkaisun?
- 3) Mistä asioista muodostuu mielestäsi hyvä leikkaustiimi?

KIITOS VASTAUKSISTASI!

Saara Tauru

saara.tauru@elisanet.fi

Osio 1 tulokset (I-kysely): Valitse mielestäsi sopivin vaihtoehto seuraavista väittämistä: 5 = Täysin samaa mieltä 4 = Jokseenkin samaa mieltä 3 = En osaa sanoa 2 = Jokseenkin eri mieltä 1 = Täysin eri mieltä

Vastaajien määrä: 42

Keskiarvo: 3,45

	5 % (n)	4 % (n)	3 % (n)	2 % (n)	1 % (n)	Yh- teen sä	Kes- kiarvo	Medi di- aani
Työtäni ohjaa ensisijaise- na arvona potilasturvalli- suus	76% (32)	19% (8)	5% (2)	0% (0)	0% (0)	42	4,71	5
Potilasturvallisuus on minulle tärkeä asia	95% (40)	5% (2)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	42	4,95	5
Osaan ennakoida potilas- turvallisuuden riskejä	29% (12)	69% (29)	0% (0)	2% (1)	0% (0)	42	4,24	4
Kaikki työkaverini eivät mielestäni ole riittävän sitoutuneita potilasturval- lisuuteen	2% (1)	36% (15)	26% (11)	26% (11)	10% (4)	42	2,95	3
Potilasturvallisuuden taso työyksikössäni huolestut- taa minua	5% (2)	38% (16)	24% (10)	24% (10)	10% (4)	42	3,05	3
Hallitsen HaiPro- ohjel- man käytön	31% (13)	45% (19)	12% (5)	12% (5)	0% (0)	42	3,95	4
Työhöni liittyvät ohjeet ovat selkeät	5% (2)	55% (23)	17% (7)	21% (9)	2% (1)	42	3,38	4
Työhöni liittyvät ohjeet tukevat työni tekemistä	12% (5)	60% (25)	17% (7)	12% (5)	0% (0)	42	3,71	4
Potilasturvallisuus on työyksikköni keskeinen arvo, joka näkyy johta- mistavassa	5% (2)	21% (9)	17% (7)	50% (21)	7% (3)	42	2,67	2

Työyksikössäni on toimi- va perehdytys	2% (1)	24% (10)	14% (6)	45% (19)	14% (6)	42	2,55	2
Meillä on riittävästi henki- lökuntaa töistä selviämi- seen	0% (0)	2% (1)	15% (6)	37% (15)	46% (19)	41	1,73	2
Meillä on riittävästi osaa- mista potilasturvalliseen työhön	19% (8)	50% (21)	17% (7)	12% (5)	2% (1)	42	3,71	4
Fyysinen työympäristöni takaa potilasturvallisen hoidon	2% (1)	29% (12)	24% (10)	43% (18)	2% (1)	42	2,86	3
Syyllistämisen pelko työ- yksikössäni vaikeuttaa virheideni myöntämistä	2% (1)	14% (6)	19% (8)	52% (22)	12% (5)	42	2,43	2
Työyksikössäni opitaan virheistä	7% (3)	57% (24)	17% (7)	17% (7)	2% (1)	42	3,50	4
Olen huomannut muiden tekevän virheitä	7% (3)	48% (20)	26% (11)	17% (7)	2% (1)	42	3,40	4
Osaan tunnistaa potilas- turvallisuutta vaarantavia tekijöitä	24% (10)	67% (28)	7% (3)	2% (1)	0% (0)	42	4,12	4
Työyhteisömme ei ran- kaise virheistä	17% (7)	36% (15)	29% (12)	17% (7)	2% (1)	42	3,48	4
Käsitlemme virheet työyhteisössämme asial- lisesti	14% (6)	36% (15)	31% (13)	14% (6)	5% (2)	42	3,40	4
Tiimien kokoonpanon muuttuminen uhkaa mie- lestäni potilasturvallisuut- ta	17% (7)	37% (15)	27% (11)	15% (6)	5% (2)	41	3,46	4
Tehtävien jako työyksi- kössämme perustuu to- delliseen osaamiseen	0% (0)	21% (9)	19% (8)	52% (22)	7% (3)	42	2,55	2
Hyvä raportointi potilaan tullessa saliin parantaa potilasturvallisuutta	98% (41)	2% (1)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	42	4,98	5
Yhteensä	21% (197)	35% (323)	16% (151)	21% (197)	6% (54)	922	3,45	4

Osio 1 tulokset (II-kysely): Valitse mielestäsi sopivin vaihtoehto seuraavista väittämistä: 5 = Täysin samaa mieltä 4 = Jokseenkin samaa mieltä 3 = En osaa sanoa 2 = Jokseenkin eri mieltä 1 = Täysin eri mieltä

Vastaajien määrä: 22

Keskiarvo: 3,54

	5 % (n)	4 % (n)	3 % (n)	2 % (n)	1 % (n)	Yh- teen sä	Kes- kiarvo	Medi di- aani
Työtäni ohjaa ensisijaise- na arvona potilasturvalli- suus	82% (18)	18% (4)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	22	4,82	5
Potilasturvallisuus on minulle tärkeä asia	91% (20)	9% (2)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	22	4,91	5
Osaan ennakoida potilas- turvallisuuden riskejä	27% (6)	73% (16)	0% (0)	0% (80)	0% (0)	22	4,27	4
Kaikki työkaverini eivät mielestäni ole riittävän sitoutuneita potilasturval- lisuuteen	9% (2)	45% (10)	5% (1)	18% (4)	23% (5)	22	3,00	4
Potilasturvallisuuden taso työyksikössäni huolestut- taa minua	9% (2)	50% (11)	18% (4)	4% (3)	9% (2)	22	3,36	4
Hallitsen HaiPro- ohjel- man käytön	45% (10)	36% (8)	14% (3)	5% (1)	0% (0)	22	4,23	4
Työhöni liittyvät ohjeet ovat selkeät	5% (1)	50% (11)	23% (5)	23% (5)	0% (0)	22	3,36	4
Työhöni liittyvät ohjeet tukevat työni tekemistä	9% (2)	64% (14)	27% (6)	0% (0)	0% (0)	22	3,82	4
Potilasturvallisuus on työyksikköni keskeinen arvo, joka näkyy johta- mistavassa	5% (1)	32% (7)	41% (9)	23% (5)	0% (0)	22	3,18	3
Työyksikössäni on toimi- va perehdytys	0% (0)	23% (5)	14% (3)	50% (11)	14% (3)	22	2,45	2

	(0)	(5)	(3)	(11)	(3)			
Meillä on riittävästi henkilökuntaa töistä selviämiseen	0% (0)	14% (3)	9% (2)	45% (10)	32% (7)	22	2,05	2
Meillä on riittävästi osaamista potilasturvalliseen työhön	14% (3)	59% (13)	14% (3)	14% (3)	0% (0)	22	3,73	4
Fyysinen työympäristöni takaa potilasturvallisen hoidon	0% (0)	36% (8)	41% (9)	23% (5)	0% (0)	22	3,14	3
Syyllistämisen pelko työyksikössäni vaikeuttaa virheideni myöntämistä	5% (1)	9% (2)	41% (9)	32% (7)	14% (3)	22	2,59	3
Työyksikössäni opitaan virheistä	0% (0)	50% (11)	41% (9)	9% (2)	0% (0)	22	3,41	3,5
Olen huomannut muiden tekemän virheitä	0% (0)	55% (12)	27% (6)	18% (4)	0% (0)	22	3,36	4
Osaan tunnistaa potilasturvallisuutta vaarantavia tekijöitä	23% (5)	73% (16)	5% (1)	0% (0)	0% (0)	22	4,18	4
Työyhteisömme ei rankaise virheistä	23% (5)	36% (8)	27% (6)	9% (2)	5% (1)	22	3,64	4
Käsitlemme virheet työyhteisössämme asiallisesti	9% (2)	36% (8)	32% (7)	18% (4)	5% (1)	22	3,27	3
Tiimien kokoonpanon muuttuminen uhkaa mielestäni potilasturvallisuutta	18% (4)	32% (7)	23% (5)	27% (6)	0% (0)	22	3,41	3,5
Tehtävien jako työyksikössämme perustuu todelliseen osaamiseen	0% (0)	23% (5)	36% (8)	36% (8)	5% (1)	22	2,77	3
Hyvä raportointi potilaan tullessa saliin parantaa potilasturvallisuutta	82% (18)	18% (4)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	22	4,82	5
Yhteensä	21% (100)	38% (185)	20% (96)	17% (80)	5% (23)	484	3,54	4

Osio 2 tulokset (I-kysely): Valitse mielestäsi sopivin vaihtoehto seuraavista väittämistä: 5 = Täysin samaa mieltä 4 = Jokseenkin samaa mieltä 3 = En osaa sanoa 2 = Jokseenkin eri mieltä 1 = Täysin eri mieltä

Vastaajien määrä: 42

Keskiarvo: 3,49

	5 % (n)	4 % (n)	3 % (n)	2 % (n)	1 % (n)	Yh- teen sä	Kes- kiarvo	Medi- di- aani
Saan mielipiteeni kuulu- ville työyhteisössäni	10% (4)	60% (25)	10% (4)	21% (9)	0% (0)	42	3,57	4
Mielipiteitäni arvostetaan työyhteisössäni	2% (1)	38% (16)	38% (16)	21% (9)	0% (0)	42	3,21	3
Uskallan kertoa avoimesti mielipiteeni työyhteisös- säni	24% (10)	55% (23)	10% (4)	12% (5)	0% (0)	42	3,90	4
Olen arvokas työntekijä työyhteisölleni	14% (6)	60% (25)	21% (9)	5% (2)	0% (0)	42	3,83	4
Olen hyvä tiimityöntekijä	36% (15)	60% (25)	5% (2)	0% (0)	0% (0)	42	4,31	4
Arvostamme toistemme työtä	24% (10)	62% (26)	7% (3)	7% (3)	0% (0)	42	4,02	4
Työyhteisössämme vallit- see avoin ilmapiiri	5% (2)	31% (13)	21% (9)	40% (17)	2% (1)	42	2,95	3
Yhteistyö lääkäreiden kanssa on sujuvaa	7% (3)	48% (20)	21% (9)	21% (9)	2% (1)	42	3,36	4
Lääkärit ja hoitajat ovat tasavertaisia tiiminjäseniä	0% (0)	27% (11)	17% (7)	44% (18)	12% (5)	41	2,59	2
Raportointitilanne poti- laan tullessa saliin on selkeä ja saan tarvitse- mani tiedon	2% (1)	33% (14)	36% (15)	19% (8)	10% (4)	42	3,00	3

Minua kuunnellaan työyhteisössäni	7% (3)	55% (23)	24% (10)	14% (6)	0% (0)	42	3,55	4
Esimieheni puuttuvat epäasialliseen käytökseen	7% (3)	33% (14)	21% (9)	29% (12)	10% (4)	42	3,00	3
Esimieheni ovat valmiita viemään kehittämis ehdotuksia eteenpäin	0% (0)	29% (12)	40% (17)	26% (11)	5% (2)	42	2,93	3
Arvostan työkavereideni tapaa tehdä työtään	19% (8)	76% (32)	2% (1)	2% (1)	0% (0)	42	4,12	4
Työyksikössäni on työrauha	0% (0)	29% (12)	29% (12)	38% (16)	5% (2)	42	2,81	3
Arvostan kaikkien työkavereideni osaamista	43% (18)	48% (20)	7% (3)	2% (1)	0% (0)	42	4,31	4
Yhteistyö vuodeosaston sairaanhoitajien kanssa on sujuvaa	2% (1)	52% (22)	21% (9)	19% (8)	5% (2)	42	3,29	4
Leikkaussalin kaikkien sairaanhoitajien välillä vallitsee hyvä työilmapiiri	0% (0)	21% (9)	26% (11)	38% (16)	14% (6)	42	2,55	2
En valikoi työkavereitani	79% (33)	17% (7)	5% (2)	0% (0)	0% (0)	42	4,74	5
Työyhteisön riidat ratkaistaan kunnolla	2% (1)	7% (3)	33% (14)	40% (17)	17% (7)	42	2,38	2
Lääkäreiden ja hoitajien välillä vallitsee avoin kommunikointi	0% (0)	31% (13)	26% (11)	40% (17)	2% (1)	42	2,86	3
Arvostan työkavereideni erilaista tapaa tehdä työtä	32% (13)	61% (25)	7% (3)	0% (0)	0% (0)	41	4,24	4
Olen valmis kehittämään omaa vastuualuettani työkaveriltani saadun palautteen mukaan	40% (17)	52% (22)	5% (2)	2% (1)	0% (0)	42	4,31	4
Keskustelu työyhteisössäni tuo esiin hiljaista	38%	36%	12%	14%	0%	42	3,98	4

tietoa	(16)	(15)	(5)	(6)	(0)			
Lääkärit ja hoitajat työskentelevät kuin hyvin ohjelmoitu tiimi	2% (1)	55% (23)	19% (8)	24% (10)	0% (0)	42	3,36	4
Yhteensä	16% (166)	43% (450)	19% (195)	19% (202)	3% (35)	1048	3,49	4

Osio 2 tulokset (II-kysely): Valitse mielestäsi sopivin vaihtoehto seuraavista väittämistä: 5 = Täysin samaa mieltä 4 = Jokseenkin samaa mieltä 3 = En osaa sanoa 2 = Jokseenkin eri mieltä 1 = Täysin eri mieltä

Vastaajien määrä: 22

Keskiarvo: 3,62

	5 % (n)	4 % (n)	3 % (n)	2 % (n)	1 % (n)	Yh- teen sä	Kes- kiarvo	Medi- di- aani
Saan mielipiteeni kuuluville työyhteisössäni	14% (3)	73% (16)	9% (2)	5% (1)	0% (0)	22	3,95	4
Mielipiteitäni arvostetaan työyhteisössäni	9% (2)	45% (10)	45% (10)	0% (0)	0% (0)	22	3,64	4
Uskallan kertoa avoimesti mielipiteeni työyhteisössäni	14% (3)	68% (15)	9% (2)	9% (2)	0% (0)	22	3,86	4
Olen arvokas työntekijä työyhteisölleni	9% (2)	64% (14)	27% (6)	0% (0)	0% (0)	22	3,82	4
Olen hyvä tiimityöntekijä	45% (10)	45% (10)	9% (2)	0% (0)	0% (0)	22	4,36	4
Arvostamme toistemme työtä	18% (4)	73% (16)	9% (2)	0% (0)	0% (0)	22	4,09	4
Työyhteisössämme vallitsee avoin ilmapiiri	0% (0)	27% (6)	41% (9)	32% (7)	0% (0)	22	2,95	3
Yhteistyö lääkäreiden								

kanssa on sujuvaa	5% (1)	55% (12)	23% (5)	18% (4)	0% (0)	22	3,45	4
Lääkärit ja hoitajat ovat tasavertaisia tiiminjäseniä	5% (1)	32% (7)	27% (6)	36% (8)	0% (0)	22	3,05	3
Raportointitilanne potilaan tullessa saliin on selkeä ja saan tarvitsemani tiedon	0% (0)	59% (13)	23% (5)	14% (3)	5% (1)	22	3,36	4
Minua kuunnellaan työyhteisössäni	0% (0)	68% (15)	32% (7)	0% (0)	0% (0)	22	3,68	4
Esimieheni puuttuvat epäasialliseen käytökseen	0% (0)	32% (7)	36% (8)	23% (5)	9% (2)	22	2,91	3
Esimieheni ovat valmiita viemään kehittämisehdotuksia eteenpäin	0% (0)	36% (8)	45% (10)	18% (4)	0% (0)	22	3,18	3
Arvostan työkavereideni tapaa tehdä työtään	23% (5)	77% (17)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	22	4,23	4
Työyksikössäni on työrauha	0% (0)	14% (3)	50% (11)	36% (8)	0% (0)	22	2,77	3
Arvostan kaikkien työkavereideni osaamista	33% (7)	52% (11)	10% (2)	5% (1)	0% (0)	21	4,14	4
Yhteistyö vuodeosaston sairaanhoitajien kanssa on sujuvaa	9% (2)	41% (9)	36% (8)	14% (3)	0% (0)	22	3,45	3,5
Leikkaussalin kaikkien sairaanhoitajien välillä vallitsee hyvä työilmapiiri	5% (1)	18% (4)	23% (5)	45% (10)	9% (2)	22	2,64	2
En valikoi työkavereitani	55% (12)	41% (9)	5% (1)	0% (0)	0% (0)	22	4,50	5
Työyhteisön riidat ratkaistaan kunnolla	0% (0)	0% (0)	50% (11)	41% (9)	9% (2)	22	2,41	2,5
Lääkäreiden ja hoitajien välillä vallitsee avoin	9%	36%	32%	23%	0%	22	3,32	3

kommunikointi	(2)	(8)	(7)	(5)	(0)			
Arvostan työkavereideni erilaista tapaa tehdä työtä	32% (7)	64% (14)	5% (1)	0% (0)	0% (0)	22	4,27	4
Olen valmis kehittämään omaa vastuualuettani työkaveriltani saadun palautteen mukaan	50% (11)	45% (10)	5% (1)	0% (0)	0% (0)	22	4,45	4,5
Keskustelu työyhteisössäni tuo esiin hiljaista tietoa	45% (10)	36% (8)	18% (4)	0% (0)	0% (0)	22	4,27	4
Lääkärit ja hoitajat työskentelevät kuin hyvin ohjelmoitu tiimi	9% (2)	59% (13)	27% (6)	5% (1)	0% (0)	22	3,73	4
Yhteensä	15% (85)	46% (255)	24% (131)	13% (71)	1% (7)	549	3,62	4

Osio 3 tulokset (I-kysely): Mitä mieltä olet seuraavista väittämistä?: 5 = Täysin samaa mieltä 4 = Jokseenkin samaa mieltä 3 = En osaa sanoa 2 = Jokseenkin eri mieltä 1 = Täysin eri mieltä

Vastaajien määrä: 42

Keskiarvo: 4,07

	5 % (n)	4 % (n)	3 % (n)	2 % (n)	1 % (n)	Yh- teen sä	Kes- kiarvo	Medi di- aani
Hyvä kommunikointi leikkaustiimin sisällä on potilasturvallisuuden kannalta tärkeää	98% (41)	2% (1)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	42	4,98	5
Kommunikointitapojen harjoittelu lisää mielestäni potilasturvallisuutta	62% (26)	24% (10)	12% (5)	2% (1)	0% (0)	42	4,45	5
Rakentavaa kommunikointia (kuuntelemista, kunnioittamista, kysymistä, keskustelua ja kiittämistä) voi mielestäni harjoitella	67% (28)	24% (10)	7% (3)	2% (1)	0% (0)	42	4,55	5

Toisten työn arvostami- nen vaikuttaa mielestäni potilasturvallisuuteen	81% (34)	12% (5)	5% (2)	2% (1)	0% (0)	42	4,71	5
Tarkistuslistan käyttämi- nen lisää leikkaustiimin kommunikointia työyksi- kössäni	76% (32)	24% (10)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	42	4,76	5
Kommunikointi eri am- mattiryhmien välillä on avointa työyksikössäni	7% (3)	31% (13)	31% (13)	31% (13)	0% (0)	42	3,14	3
Kommunikointi lääkärei- den kanssa on helppoa työyksikössäni	10% (4)	36% (15)	29% (12)	24% (10)	2% (1)	42	3,26	3
Tarkistuslista parantaa huomattavasti potilastur- vallisuutta	76% (31)	20% (8)	5% (2)	0% (0)	0% (0)	41	4,71	5
Carean asiakkuusval- mennus parantaa mieles- täni potilasturvallisuutta	7% (3)	14% (6)	29% (12)	29% (12)	21% (9)	42	2,57	3
Carean asiakkuusval- mennus antaa minulle uusia näköaloja potilas- turvallisuuteen	12% (5)	14% (6)	24% (10)	26% (11)	24% (10)	42	2,64	3
Kommunikointivirheet heikentävät potilasturval- lisuutta	74% (31)	21% (9)	2% (1)	2% (1)	0% (0)	42	4,67	5
Hiljaisella tiedolla on merkitystä potilasturvalli- suudelle	67% (28)	12% (5)	19% (8)	2% (1)	0% (0)	42	4,43	5
Yhteensä	53% (266)	19% (98)	14% (68)	10% (51)	4% (20)	503	4,07	5

Osio 3 tulokset (II-kysely): Mitä mieltä olet seuraavista väittämistä?: 5 = Täysin samaa mieltä 4 = Jokseenkin samaa mieltä 3 = En osaa sanoa 2 = Jokseenkin eri mieltä 1 = Täysin eri mieltä

Vastaajien määrä: 22

Keskiarvo: 4,11

	5 % (n)	4 % (n)	3 % (n)	2 % (n)	1 % (n)	Yh- teen sä	Kes- kiarvo	Medi- di- aani
Hyvä kommunikointi leikkaustiimin sisällä on potilasturvallisuuden kannalta tärkeää	91% (20)	9% (2)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	22	4,91	5
Kommunikointitapojen harjoittelu lisää mielestäni potilasturvallisuutta	64% (14)	27% (6)	9% (2)	0% (0)	0% (0)	22	4,55	5
Rakentavaa kommunikointia (kuuntelemista, kunnioittamista, kysymistä, keskustelua ja kiittämistä) voi mielestäni harjoitella	68% (15)	32% (7)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	22	4,68	5
Toisten työn arvostaminen vaikuttaa mielestäni potilasturvallisuuteen	68% (15)	32% (7)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	22	4,68	5
Tarkistuslistan käyttäminen lisää leikkaustiimin kommunikointia työyksikössäni	82% (18)	14% (3)	5% (1)	0% (0)	0% (0)	22	4,77	5
Kommunikointi eri ammattiryhmien välillä on avointa työyksikössäni	5% (1)	41% (9)	36% (8)	18% (4)	0% (0)	22	3,32	3
Kommunikointi lääkäreiden kanssa on helppoa työyksikössäni	9% (2)	59% (13)	23% (5)	9% (2)	0% (0)	22	3,68	4
Tarkistuslista parantaa huomattavasti potilasturvallisuutta	73% (16)	27% (6)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	22	4,73	5
Carean asiakkuusvalmennus parantaa mieles-	9% (2)	0% (0)	36% (8)	32% (7)	23% (5)	22	2,41	2

täni potilasturvallisuutta	(2)	(0)	(8)	(7)	(5)			
Carean asiakkuusvalmennus antaa minulle uusia näköaloja potilasturvallisuuteen	5% (1)	14% (3)	36% (8)	27% (6)	18% (4)	22	2,59	3
Kommunikointivirheet heikentävät potilasturvallisuutta	73% (16)	23% (5)	5% (1)	0% (0)	0% (0)	22	4,68	5
Hiljaisella tiedolla on merkitystä potilasturvallisuudelle	55% (12)	23% (5)	23% (5)	0% (0)	0% (0)	22	4,32	5
Yhteensä	50% (132)	25% (66)	14% (38)	7% (19)	3% (9)	264	4,11	4

Ristiintaulukointi 1:

1. kysely	Työtehtäväni		
Työhöni liittyvät ohjeet ovat selkeät	Instrumenttihoitaja (N=19)	Anestesiahoitaja (N=19)	Molemmat tehtävät tarvittaessa (N=4)
5	5%	5%	0%
4	53%	68%	0%
3	21%	5%	50%
2	16%	21%	50%
1	5%	0%	0%
2.kysely	Työtehtäväni		
Työhöni liittyvät ohjeet ovat selkeät	Instrumenttihoitaja (N=12)	Anestesiahoitaja (N=8)	Molemmat tehtävät tarvittaessa (N=1)
5	0%	13%	0%
4	50%	63%	0%
3	25%	13%	0%
2	25%	13%	100%
1	0%	0%	0%

Ristiintaulukointi 2:

1. kysely	Työtehtäväni		
Työyksikössäni on toimiva perehdytys	Instrumenttihoitaja (N=19)	Anestesiahoitaja (N=19)	Molemmat tehtävät tarvittaessa (N=4)
5	0%	5%	0%
4	21%	26%	25%
3	16%	16%	0%
2	47%	47%	25%
1	16%	5%	50%
2. kysely	Työtehtäväni		
Työyksikössäni on toimiva perehdytys	Instrumenttihoitaja (N=12)	Anestesiahoitaja (N=8)	Molemmat tehtävät tarvittaessa (N=1)
5	0%	0%	0%
4	17%	25%	0%
3	8%	13%	100%
2	50%	63%	0%
1	25%	0%	0%

Ristiintaulukointi 3:

1. kysely	Työtehtäväni		
Kaikki työkaverini eivät mielestäni ole riittävän sitoutuneita potilasturvallisuuteen	Instrumenttihoitaja (N=19)	Anestesiahoitaja (N=19)	Molemmat tehtävät tarvittaessa (N=4)
5	0%	5%	0%
4	47%	32%	0%
3	26%	21%	50%
2	11%	37%	50%
1	16%	5%	0%
2. kysely	Työtehtäväni		
Kaikki työkaverini eivät mielestäni ole riittävän sitoutuneita potilasturvallisuuteen	Instrumenttihoitaja (N=12)	Anestesiahoitaja (N=8)	Molemmat tehtävät tarvittaessa (N=1)
5	17%	0%	0%
4	33%	63%	0%
3	8%	0%	0%
2	17%	13%	100%
1	25%	25%	0%

Ristiintaulukointi 4:

1. kysely	Työtehtäväni		
Tiimien kokoonpanon muuttuminen uhkaa mielestäni potilasturvallisuutta	Instrumenttihoitaja (N=18)	Anestesiahoitaja (N=19)	Molemmat tehtävät tarvittaessa (N=4)
5	22%	16%	0%
4	39%	37%	25%
3	17%	32%	50%
2	22%	5%	25%
1	0%	11%	0%
2. kysely	Työtehtäväni		
Tiimien kokoonpanon muuttuminen uhkaa mielestäni potilasturvallisuutta	Instrumenttihoitaja (N=12)	Anestesiahoitaja (N=8)	Molemmat tehtävät tarvittaessa (N=1)
5	8%	38%	0%
4	42%	25%	0%
3	17%	13%	100%
2	33%	25%	0%
1	0%	0%	0%

Ristiintaulukointi 5:

1. kysely	Työtehtäväni		
Tehtävien jako työyksikös- sämme perustuu todelliseen osaamiseen	Instrumenttihoitaja (N=19)	Anestesiahoitaja (N=19)	Molemmat tehtävät tarvittaessa (N=4)
5	0%	0%	0%
4	16%	32%	0%
3	16%	26%	0%
2	53%	42%	100%
1	16%	0%	0%
2. kysely	Työtehtäväni		
Tehtävien jako työyksikös- sämme perustuu todelliseen osaamiseen	Instrumenttihoitaja (N=12)	Anestesiahoitaja (N=8)	Molemmat tehtävät tarvittaessa (N=1)
5	0%	0%	0%
4	25%	13%	0%
3	25%	50%	100%
2	50%	25%	0%
1	0%	13%	0%

Ristiintaulukointi 6:

1. kysely	Työtehtäväni		
Yhteistyö lääkäreiden kanssa on sujuvaa	Instrumenttihoitaja (N=19)	Anestesiahoitaja (N=19)	Molemmat tehtävät tarvittaessa (N=4)
5	5%	11%	0%
4	32%	63%	50%
3	32%	11%	25%
2	26%	16%	25%
1	5%	0%	0%
2. kysely	Työtehtäväni		
Yhteistyö lääkäreiden kanssa on sujuvaa	Instrumenttihoitaja (N=12)	Anestesiahoitaja (N=8)	Molemmat tehtävät tarvittaessa (N=1)
5	8%	0%	0%
4	42%	63%	100%
3	33%	13%	0%
2	17%	25%	0%
1	0%	0%	0%

Ristiintaulukointi 7:

1. kysely	Työtehtäväni		
Lääkärit ja hoitajat ovat tasavertaisia tiiminjäseniä	Instrumenttihoitaja (N=18)	Anestesiahoitaja (N=19)	Molemmat tehtävät tarvittaessa (N=4)
5	0%	0%	0%
4	11%	42%	25%
3	28%	5%	25%
2	39%	53%	25%
1	22%	0%	25%
2. kysely	Työtehtäväni		
Lääkärit ja hoitajat ovat tasavertaisia tiiminjäseniä	Instrumenttihoitaja (N=12)	Anestesiahoitaja (N=8)	Molemmat tehtävät tarvittaessa (N=1)
5	8%	0%	0%
4	25%	50%	0%
3	17%	25%	100%
2	50%	25%	0%
1	0%	0%	0%

Ristiintaulukointi 8:

1. kysely	Työtehtäväni		
Työyhteisön riidat ratkaistaan kunnolla	Instrumenttihoitaja (N=19)	Anestesiahoitaja (N=19)	Molemmat tehtävät tarvittaessa (N=4)
5	5%	0%	0%
4	5%	11%	0%
3	32%	37%	25%
2	32%	42%	75%
1	26%	11%	0%
2. kysely	Työtehtäväni		
Työyhteisön riidat ratkaistaan kunnolla	Instrumenttihoitaja (N=12)	Anestesiahoitaja (N=8)	Molemmat tehtävät tarvittaessa (N=1)
5	0%	0%	0%
4	0%	0%	0%
3	42%	50%	100%
2	42%	50%	0%
1	17%	0%	0%

Ristiintaulukointi 9:

1. kysely	Työtehtäväni		
Esimieheni puuttuvat epäasialliseen käytökseen	Instrumenttihoitaja (N=19)	Anestesiahoitaja (N=19)	Molemmat tehtävät tarvittaessa (N=4)
5	16%	0%	0%
4	32%	42%	0%
3	16%	32%	0%
2	26%	21%	75%
1	11%	5%	25%
2. kysely	Työtehtäväni		
Esimieheni puuttuvat epäasialliseen käytökseen	Instrumenttihoitaja (N=12)	Anestesiahoitaja (N=8)	Molemmat tehtävät tarvittaessa (N=1)
5	0%	0%	0%
4	42%	25%	0%
3	33%	38%	100%
2	8%	38%	0%
1	17%	0%	0%

Ristiintaulukointi 10:

1. kysely	Työtehtäväni		
Esimieheni ovat valmiita viemään kehittämis ehdotuksia eteenpäin	Instrumenttihoitaja (N=19)	Anestesiahoitaja (N=19)	Molemmat tehtävät tarvittaessa (N=4)
5	0%	0%	0%
4	26%	37%	0%
3	37%	37%	75%
2	32%	21%	25%
1	5%	5%	0%
2. kysely	Työtehtäväni		
Esimieheni ovat valmiita viemään kehittämis ehdotuksia eteenpäin	Instrumenttihoitaja (N=12)	Anestesiahoitaja (N=8)	Molemmat tehtävät tarvittaessa (N=1)
5	0%	0%	0%
4	42%	38%	0%
3	42%	38%	100%
2	17%	25%	0%
1	0%	0%	0%

Ristiintaulukointi 11:

1. kysely	Työtehtäväni		
Kommunikointi eri ammattiryhmien välillä on avointa työyksikössäni	Instrumenttihoitaja (N=19)	Anestesiahoitaja (N=19)	Molemmat tehtävät tarvittaessa (N=4)
5	5%	11%	0%
4	26%	37%	25%
3	32%	26%	50%
2	37%	26%	25%
1	0%	0%	0%
2. kysely	Työtehtäväni		
Kommunikointi eri ammattiryhmien välillä on avointa työyksikössäni	Instrumenttihoitaja (N=12)	Anestesiahoitaja (N=8)	Molemmat tehtävät tarvittaessa (N=1)
5	8%	0%	0%
4	17%	75%	0%
3	50%	13%	100%
2	25%	13%	0%
1	0%	0%	0%

Ristiintaulukointi 12:

1. kysely	Työtehtäväni		
Kommunikointi lääkäreiden kanssa on helppoa työyksikössäni	Instrumenttihoitaja (N=19)	Anestesiahoitaja (N=19)	Molemmat tehtävät tarvittaessa (N=4)
5	16%	5%	0%
4	11%	53%	75%
3	37%	26%	0%
2	32%	16%	25%
1	5%	0%	0%
2. kysely	Työtehtäväni		
Kommunikointi lääkäreiden kanssa on helppoa työyksikössäni	Instrumenttihoitaja (N=12)	Anestesiahoitaja (N=8)	Molemmat tehtävät tarvittaessa (N=1)
5	16%	0%	0%
4	42%	88%	0%
3	25%	13%	100%
2	17%	0%	0%
1	0%	0%	0%

Osio 4 sisällönanalyysi (I- ja II-kysely):

1) Miten kehittäisit leikkaussalin potilasturvallisuutta?

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Yläkategoriat
Huolehtimalla, että välineet ja varusteet ovat toimivat ja asianmukaiset. Os:lle vaatimus, että tietyt asiat täytyy olla kunnossa ja tarkistettu ennen kuin potilas tuodaan leikkaussaliin. Esi. labrat, lääkitys eli leikkausrutiinit tarkistettava. Koko leikkaustiimin sitoutuminen tarkistuslistaan.	Asianmukaiset ja ehjät työvälineet, Yhteiset pelisäännöt osastojen kanssa, Tarkistuslistan kunnollinen käyttö	Ammatillinen osaaminen Fyysinen työympäristö Sosiaalinen työympäristö Kommunikointitaidot
Rauha tehdä työ, ei turhaa kiirettä ja hätäilyä jos ei todella ole hätä.	Työrauha normaalitilanteissa	
Selkeät ohjeet,	Työohjeet	
Lisää henkilökuntaa!!!	Tarpeeksi työntekijöitä	
Työrauhaa lisää, tarpeeksi työvoimaa että saa rauhassa tehdä työnsä.	Työrauha, Tarpeeksi työntekijöitä	
<ul style="list-style-type: none"> - Säännöllinen koulutus - Kommunikaatio - Yhteiset pelisäännöt - Moniammatillinen yhteistyö 	Koulutuksen ja kommunikation lisääminen, pelisäännöt, eri ammattiryhmien yhteistyö	
Rauhaa tekemiseen, liika hösäminen pois	Työrauha	
Riittävät henkilökuntaresurssit sekä tilat työn toteuttamiseen, parempi raportointi.	Tarpeeksi työntekijöitä, Asianmukaiset työtilat	
Asioiden suunnittelu yhdessä. (esim.seuraava leikkaus) Koko tiimi keskustelelee yhdessä.	Yhteistyö eri ammattiryhmien välillä	
Tarkistuslistan käyttäminen pitäisi olla rutiini ja sen käyttämistä pitäisi parantaa!	Tarkistuslistan kunnollinen käyttö joka tilanteessa	
Henkilöstön riittävä perehdytys.	Koulutus/perehdytys	
Jokaiselle pitäisi antaa työrauha, hoputtaminen johtaa vain virheisiin.	Työrauha	
Hyvät välineet. Perehdytys uusista laitteista.	Asianmukaiset ja ehjät työvälineet, Koulutus/perehdytys	
Selkeämmät ohjeet. Vähemmän variaatioita samasta asiasta.	Työohjeet yksiselitteiset ja selkeät	
Riittävästi hlökuntaa. Työrauha tekemiseen. Muuttuvien tekijöiden minimointi.	Tarpeeksi työntekijöitä, Työrauha	
Koulutusta	Koulutus	

Tarkistuslistaa käytettäessä koko tiimi anestesia- ja leikkauksista, kirurgeista ja hoitajista on paikalla.	Tarkistuslistan kunnollinen käyttö koko leikkaustiimin kesken	
Sählinki ja hälinä kuriin, työrauha kaikille. Avoin kommunikaatio ja kaikkien ammattiryhmien kunnioittaminen.	Työrauha, toisen kunnioittaminen ja asioista keskustelu ja puhuminen avoimesti	
Selkeämmät ja yhtenäiset ohjeet ja toimintatavat kaikille.	Yhteiset pelisäännöt/toimintatavat sekä työohjeet	
Lääkärin ja hoitajan välistä kommunikaatiota parannettava. Tarkistuslista käytäisiin tarkemmin aina ennen leikkausta.	Kommunikaation parantaminen eri ammattiryhmien välillä Tarkistuslistan kunnollinen käyttäminen	
Tarkistuslistan vaatiminen jokaisen tiimin käytettäväksi jokaisen potilaan kohdalla.	Tarkistuslistan rutiinomaisen ja kunnollisen käyttäminen	
Potilaan vastaanottotilanne leikkaukseen pitäisi olla rauhallinen. Koko tiimin pitäisi olla läsnä, kun potilas saapuu osastolle. Tiimillä pitää olla aikaa laittaa leikkaussali kuntoon, ennen potilaan saapumista.	Työrauha Koko leikkaustiimi sitoutuu	
Lisäämällä henkilökuntaa, jatkuvalla kouluttamisella ja käytännön harjoitteilla. Lisäämällä eri työyksiköiden välistä yhteistyötä.	Tarpeeksi työntekijöitä, Kunnollinen koulutus/perehdytys, Yhteistyö eri yksiköiden ja ammattiryhmien välillä	
Toimivat ja huolletut välineet	Asianmukaiset ja ehjät työvälineet	
Leikkausteamin on tunnettava toinen toisia, osaamista ja vahvuuksia.	Leikkaustiimin tutuus ja toisiinsa luottaminen	
Esimiesten tulisi kuunnella erilaisia kehittämisideoita ja oltava valmiita viemään niitä myös eteenpäin ilman, että heti lytätään työ- ja potilasturvallisuutta lisäävät ajatukset, kommunikointia ja yhteistyötä on parannettava eri ammattiryhmien ja osastojen välillä, toisen työn arvostusta on lisättävä, työrauha	Esimiesten rooli potilasturvallisuuden kehittämisessä, kommunikaation ja yhteistyön parantaminen yli ammatti ja osastorajojen, toisen arvostaminen, työrauha	
Selkeä, yhtenevä raportointi, sääntöjen ja sovittujen asioiden noudattaminen. Hyvä perehdytys uusille työntekijöille.	Strukturoitu raportointi, pelisäännöt, koulutus/perehdytys	
Rauha tiimille käydä check listat läpi ja tehdä omaa työtään, liika hosuminen ja säätely muilta pois	Työrauha oman työn tekemiseen sekä tarkistuslistan täyttöön	
Tarkistuslista oikea ja ehdoton käyttö. Turvalliset ja toimivat välineet, joista jokainen velvoitetaan oman käyttönsä jälkeen saattamaan seuraavalle käyttökuntoon (salin täydennys ym)	Tarkistuslistan tehokkaampi täyttö, turvalliset ja toimivat työvälineet ja hoidetaan oma sali seuraavalle käyttökuntoon	
Kiire ei saa näkyä työssä.	Kiireen minimointi	

Riittävä henkilöstömitoitus kukaan työtettävää varten. Turha henkilöstön pompottelu salista toiseen päivän mittaan.	Työrauha ja tarpeeksi henkilökuntaa	
Toimivat laitteet tsekkauslistan käyttö	Tarkistuslistan parempi täyttö sekä toimivat työvälineet	
Riittävästi henkilökuntaa ja/tai riittävästi aikaa tehdä työ.	Kiire pois ja tarpeeksi henkilökuntaa	

2) Mikä on tärkein leikkaussalin potilasturvallisuutta heikentävä asia, johon haluaisit heti ratkaisun?

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Yläkategoriat
Koko leikkaustiimin osallistumisen tarkistuslista käyttöön. Tai edes potilaaseen perehtymisen.	Erilaiset tavat tarkistuslistan käytössä ja potilastietoihin tutustumisessa	Puutteet kommunikointitaidoissa
Kiire	Kiire	Ammatillisen osaamisen puutteet
Osaston raportti leikkaussaliin, anestesiakaavake pitää olla hyvin täytetty ja potilas hoidettu leikkaukseen	Raportoinnin ja tiedonkulun laatu yksiköiden välillä sekä potilaan leikkausvalmistelut	Fyysisen työympäristön puutteet
Vähäinen henkilökunta työmäärään nähden	Liian vähän henkilökuntaa	Sosiaalisen työympäristön puutteet
Työrauhan parantaminen, tiimille mahdollisuus tehdä työnsä rauhassa ilman, että liian moni ihminen siihen puuttuu	Työrauhan puuttuminen, Kova kiire	Esimiesten sitoutuminen
Riittävä määrä henkilökuntaa, jäisi kiire pois...	Kova kiire ja liian vähän henkilökuntaa	
-kommunikaatio	Kommunikaatio	
Huonosti valmisteltu potilas, tuoja ei välittänyt ottaa selvää potilaasta jonka tuo leikkaukseen.	Raportoinnin ja tiedonkulun laatu yksiköiden välillä sekä potilaan leikkausvalmistelut	
Parempi tiedonkulku	Raportoinnin ja tiedonkulun laatu	
Jostain syystä informaatio ei aina tavoita kaikkia.	Raportoinnin ja tiedonkulun laatu	
Kaikki eivät käy läpi tarkistuslistaa enne anestesian aloitusta / leikkauksen aloitusta	Erilaiset tavat tarkistuslistan käytössä	
Henkilöstön riittävyys ja heidän ammattitaito.	Henkilökunnan riittävyys, koulutuksen/perehdytyksen laatu	
KIIRE!!! Silloin ei ehdi perehtyä asioihin kunnolla, joutuu teke-mään monta asiaa kerralla ja silloin tulee virheitä.	Kova kiire lisää virheiden mahdollisuutta eikä anna aikaa potilastietoihin tutustumiselle	
Työ ympäristö, enemmän tilaa ja toimivat välineet.	Työympäristön ja välineiden kunto ja laatu	
Kiire ja hätäily. Salista/tehtävästä toiseen siirtely päivän aikana.	Kova kiire, henkilökunnan siirtely tehtävistä toiseen työpäivän aikana	
Laitteet ja koulutus ajan tasalle	Työvälineiden kunto ja laa-	

	tu, kunnolliset koulutukset	
Liian vähän henkilökuntaa sekä huonot tilat	Työympäristön laatu Henkilökunnan riittävyys	
”kiire”	Kiire	
Tarkistuslista läpikäyminen.	Erilaiset tavat tarkistuslistan käytössä	
Kiire.	Kiire	
Toimivia laitteita tai välineitä ei aina löydy joka salista. Tähän ratkaisu olisi, että salissa päivävuorossa työskennellyt hoitaja tarkistaisi vuoron päätteeksi, että salin varustelu on kunnossa, ja mikäli havaitsisi puutteita, hoitaisi itse asian eteenpäin.	Työympäristön ja välineiden kunto ja laatu sekä tarvikkeiden puuttuminen salista	
Tietokoneiden pitäisi aueta nopeammin, jotta potilastiedot saisi aina heti näkyville	Potilastietojen saatavuus, tietojärjestelmien hitaus	
Toimivat välineet esim.tukitelineet,instrumenttipöydät	Työvälineiden kunto ja laatu	
Jos leikkausteamisissa olevat ovat kaikki uusia ja kukaan ei oikein tiedä mitä siinä leikkauksessa tullaan tekemään, miten leikkausasentoa muutetaan ja miten laitteet toimii.	Koko leikkaustiimi perehdytetty huonosti toimenpiteeseen	
Esimiehet paremmin sitoutu-neiksi, nähtävä koko päivän kokonaisuutena ilman, että alkaa kauhea höykyttäminen salista toiseen, mikä heikentää huomattavasti potilaan leikkaukseen perehtymistä. On kiinnitettävä huomiota myös henkilöstön työoloihin, sillä sekin mielestäni lisää potilasturvallisuutta kun työympäristö on turvallinen ja ajanmukainen, puututaan tällä hetkellä liikaa epäolennaisuuksiin eikä kuunnella mitkä toimintatavat tukevat oikeasti työntekoa	Työrauhan puuttuminen, Esimiesten sitoutuminen työrauhan parantamiseen, Työntekijöiden kuuleminen ja arvostaminen, Työympäristön parantaminen	
Liika kiire pois, aikaa keskittyä hoidettavaan potilaaseen ennen leikkausta.	Kiire, Ei ole aikaa perehtyä potilastietoihin	
Kiire (työrauha), välineet, yhtenevät toimintamallit	Kiire. Työvälineet, toimintamallit	
Jos toimenpiteessä tarvitaan anestesiaa, pitäisi anestesiahoitajalle ja –lääkärille antaa työrauha. Painostuksen alla ja kiireessä oleellisia asioita saat- taa jäädä tekemättä.	Kiire	
Kiire siinä missä ei oikeasti olekiirettä.	Kiire	
Huonosti ja puutteellisesti täytetyt salit/anestesiatarvikkeet, ei ole yhtenäistä linjaa aina	Yhtenäisten toimintatapojen ja sääntöjen puuttuminen	
Kiire. Kommunikointikatkokset	Kiire, kommunikointi	
Riittävä henkilöstömitoitus	Henkilöstön määrä	

Kunnon raportointi	Raportoinnin laatu	
Kommunikaatio ammattiryhmien välillä, toisten arvostaminen	Kommunikoinnin laatu, arvostuksen puute	
Kiire+henk.kunnan vähyys	Kiire, henkilöstön määrä	

3) Mistä asioista muodostuu mielestäsi hyvä leikkaustiimi?

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Yläkategoriat
Avoimuus, työhön sitoutuminen ja yhteinen päämäärä. Potilaan toimenpiteen suorittaminen mahdollisimman hyvin, turvallisesti ja tehokkaasti.	Avoimuus, sitoutuminen, yhteiset tavoitteet, turvallisuuteen ja tehokkuuteen pyrkiminen	Hyvät kommunikointitaidot Hyvä työilmapiiri Ammattitaitoinen henkilökunta
Keskustelusta ja yhteisistä suunnitelmista tiimin sisällä. Toisen kuuntelusta ja huomioon ottamisesta.	Kommunikointi, kuuntelu ja yhteiset tavoitteet sekä toisen huomiointi	Hyvät tiimityötaidot
Kommunikaatiosta, hyvästä yhteishengestä, huumorista, halusta auttaa toista, kollegiaalisuudesta ja toisen työn kunnioittamisesta	Kommunikointi, toisen auttaminen ja kunnioittaminen, kollegiaalisuus, yhteishenki	
Ammattitaito, avoimuus, kunnioitus	Ammattitaito, avoimuus, kunnioitus	
-ammattitaito -yhteistyö -motivaatio -avoimuus -flow työssä	Ammattitaito, yhteistyö, motivaatio, avoimuus, työn sujuvuus	
Yhdessä tekeminen, tuntee toisensa.	Yhteistyö, tutuus	
Toisia kunnioittavasta ja arvostavasta kohtelusta.	Kunnioittaminen ja arvostus	
Hyvä yhteishenki, avoin ilmapiiri, hyvä ammattitaito, keskittyään työntekoon.	Hyvä ja avoin työilmapiiri ja yhteishenki, kaikki keskittyvät työhön	
Avoin ilmapiiri, kommunikaatio koko tiimin kesken. Neuvoja annetaan puolin ja toisin, palaute on rakentavaa.	Avoin ilmapiiri, hyvä kommunikaatio, annetaan palautetta ja neuvotaan	
Moniammatillisista osaajista. Tarvittaessa jos on tarvetta ohjaukseen, sitä saa tiimiltä.	Kaikki osaavat työnsä, opetetaan ja ohjataan	
Jokainen kunnioittaa toistensa tekemistä, antaa työrauhan, eikä hätäile asioiden kanssa. Avoin kommunikointi ja ”mielipiteiden” kyseleminen esim. ”oletko jo valmis, voiko potilaan käydä hakemassa”. Autetaan toinen toisiamme ja ollaan ystävällisiä.	Toisten kunnioitus ja auttaminen, työrauhan antaminen, kommunikointi ja keskustelu avoimesti, ystävällisyys	
Ammatillinen työilmapiiri ja käyttäytyminen töissä.	Ammatillisuus näkyy käytöksessä ja työilmapiirissä	
Osaava porukka joka pystyy tiedon vaihtoon ja reagoimaan nopeasti uusiin tilanteisiin. Pystyy luoviin ratkaisuihin tarvitta-	Ammattitaitoiset ihmiset, jotka pystyvät reagoimaan nopeasti muuttuviin tilanteisiin, luovuus ja auttamisha-	

essa. Auttaa toinen toistaan tarvittaessa.	lu	
Hyvästä hengestä ja osaamisesta. Toisen ja potilaan kunnioittamisesta.	Hyvä yhteishenki ja auttaminen, kunnioitus	
Toisen työn arvostus ja avoimuus ja kollegiaalisuus	Arvostus, avoimuus, kollegiaalisuus	
Osaaminen, toisten kunnioittaminen (myös potilaan!), avoimuus	Ammattitaito, kunnioitus, avoimuus	
Hyvä yhteishenki, ammattitaitoiset työntekijät.	Ammattitaito, yhteishenki	
Ammattitaito, hyvä kommunikointi tiimin jäsenten välillä. reipas ja positiivinen asenne työntekoon.	Ammattitaito, kommunikointi, positiivinen suhtautuminen työntekoon	
Positiivinen suhtautuminen työntekoon, työkavereihin sekä potilaaseen. Yhteishengen ylläpitäminen oman tiimin sekä koko työyhteisön kesken. Halu oppia ja kehittyä sekä kehittää toimivampia käytänteitä.	Positiivinen suhtautuminen työntekoon, hyvä yhteishenki, kehitymis- ja kehittämishalu	
Luottamuksesta.	Luottamus	
Kaikkien tiimin jäsenten pitää kunnioittaa toinen toistaan, käyttäytyä ystävällisesti ja kollegiaalisesti.	Toisten kunnioitus, ystävällinen ja kollegiaalinen käytös	
Näin ens alkuun: toimiva tiimi, välineet ja instrumentit, mukava porukka, mukava työ ja tärkeää on tykätä työstään, silloin on toimivaa!!	Toimivat työvälineet ja tarvikkeet, työstä tykkääminen, toimiva työtiimi	
Hyvä ja selkeä kommunikaatio, pitkä yhteinen työkokemus, luottaa toisen tekemisiin, muiden tiimin jäsenten arvostaminen ja kunnioittaminen sekä kyky kuunnella.	Hyvästä kommunikaatiosta ja kuuntelutaidoista, työkalujen työtapojen tunteminen, arvostaminen ja kunnioittaminen	
Avoimuudesta ja kommunikoinnista sekä toisen työn arvostamisesta, jokainen sitoutuu tarkistuslistaan ilman irtistelyä ja lääkärin vastaavat kysymyksiin asiallisesti olivat ne sitten tarkistuslistassa tai koski se sitten muita potilaaseen liittyviä asioita	Avoimuus ja kommunikointi, toisen työn arvostaminen, yhteisiin pelisääntöihin ja toimintatapoihin sitoutuminen (esim. Tarkistuslista), asiallinen käytös	
Ammattitaitoa ja ”yhteen hiileen puhaltamista” eri ammattiryhmien välillä.	Ammattitaito ja samaan tavoitteeseen yhdessä pyrkimistä	
Jokainen hoitaa parhaalla mahdollisella tavalla oman työnsä ja on kunnioittava muita kohtaan.	Tekee hyvin työnsä ja kunnioittaa toisia	
Pitkään yhdessä tekeminen ja toisiimme tutustuminen	Yhteinen työhistoria, tuttuus	
Huumorintaja, toisten kunnioitus	Huumori, kunnioitus	
Kommunikointi sujuu, työt hoiduu hyvin, ja tiimityöskentely sujuu hyvin.	Hyvä kommunikointi, sujuva työntekoa tiimityö	

Kaikkien työpanosta arvostetaan, vaikka taidot ovatkin eri henkilöillä erilaisia.	Kaikkia arvostetaan	
Avoimuus, luottamus ja ammattitaitoinen henkilökunta	Avoimuus, luottamus, ammattitaito	
Kunnioituksesta, arvostuksesta, kollegiaalisuudesta, kommunikaatiosta, ammattitaidosta	Kunnioitus, arvostus, kollegiaalisuus, kommunikaatio, ammattitaito	
Jokainen tekee parhaalla mahdollisella tavalla oman osuutensa, sekä tarvittaessa auttaa muita samaan tiimiin kuuluvia työn sujumiseksi.	Pyritään parhaimpaansa ja autetaan muita	